Rapport d'activité 2017

MDPH de Paris

Approuvé par la COMEX du 19 octobre 2018

Sommaire

INTRODUCTION **3**

I. Données générales sur le public en situation de handicap **4**

II. Evolution de l'activité de la MDPH **8**

PARTIE 1 – ACTIVITE DE LA MDPH **10**

I. Organisation des services de la MDPH **10**

II. Activité de la CDAPH **11**

III. Médiation, conciliation, recours **13**

IV. Fonds départemental de compensation **14**

PARTIE 2 – MISSION D'OBSERVATION DES POLITIQUES PUBLIQUES **15**

I. Données globales sur l'année 2017 **15**

II. Focus sur certaines prestations et droits **19**

PARTIE 3 – PILOTAGE DE L'ACTIVITE DE LA MDPH **29**

I. Moyens mis en œuvre **29**

II. Système d'information de la MDPH **33**

III. Partenariats **34**

IV. Satisfaction des usagers **35**

CONCLUSION – PROJETS ET PERSPECTIVES **37**

ANNEXES **38**

ANNEXE 1 **39**

ANNEXE 2 **41**

Introduction

1. Plus de dix ans après sa création, la MDPH de Paris est bien devenue ce « guichet unique » voulu par le législateur (loi du 14 février 2005), un repère identifié et connu des parisiens en situation de handicap et de leurs familles. Un service public capable de les orienter, de faciliter leurs démarches et d'accéder plus facilement à leurs droits.

Ainsi de 2012 à 2017, le nombre de demandes déposées à la MDPH a augmenté de + 30 % ! Aujourd'hui plus de 7% de la population parisienne bénéficie d'un droit ouvert à la MDPH.

La stratégie « handicap, inclusion et accessibilité universelle » (2017/2021), adoptée par le Conseil de Paris en mars 2017, a renforcé à juste titre le rôle et la place de la MDPH.

2. Le premier enjeu est de répondre dans un délai raisonnable. C'était une des priorités de la Maire de Paris lors de sa communication devant le Conseil de Paris à l'automne 2015 (Communication de la Maire de Paris sur l'action de la collectivité parisienne en direction des Parisiens en situation de handicap).

Les efforts entrepris ces dernières années ont permis à la MDPH de Paris de diviser globalement par deux ses délais de réponse :

- ***le délai moyen de traitement en 2017 a été de 3,7 mois*** ;
- alors que ce délai était de près de 8 mois début 2014.

3. D'autres enjeux forts sont inscrits dans la stratégie parisienne « handicap » 2017/2021.

Pour éviter que des usagers en situation complexe ou critique ne trouvent pas de solution ou des places par défaut (en Belgique par exemple), il faut renforcer le rôle de la MDPH en tant que pivot des orientations et des accompagnements médico-sociaux (engagement 8 de la stratégie).

La MDPH a également un rôle à jouer dans l'amélioration de l'information et l'accès des usagers aux ressources disponibles, aux évènements organisés à Paris (engagement 1 de la stratégie). Une meilleure accessibilité numérique passe notamment par la mise en place dès 2018 d'un site internet dédié au handicap et aux réponses apportées par la collectivité parisienne.

4. La MDPH de Paris s'inscrit aussi dans un contexte national riche en réformes à appliquer, en projets de modernisation à préparer :

- mise en place en 2017 de la « carte mobilité inclusion » (CMI). Seulement une dizaine de départements a été en capacité de mettre en œuvre la réforme au 1er juillet, date fixée par la loi. Paris en faisait partie !

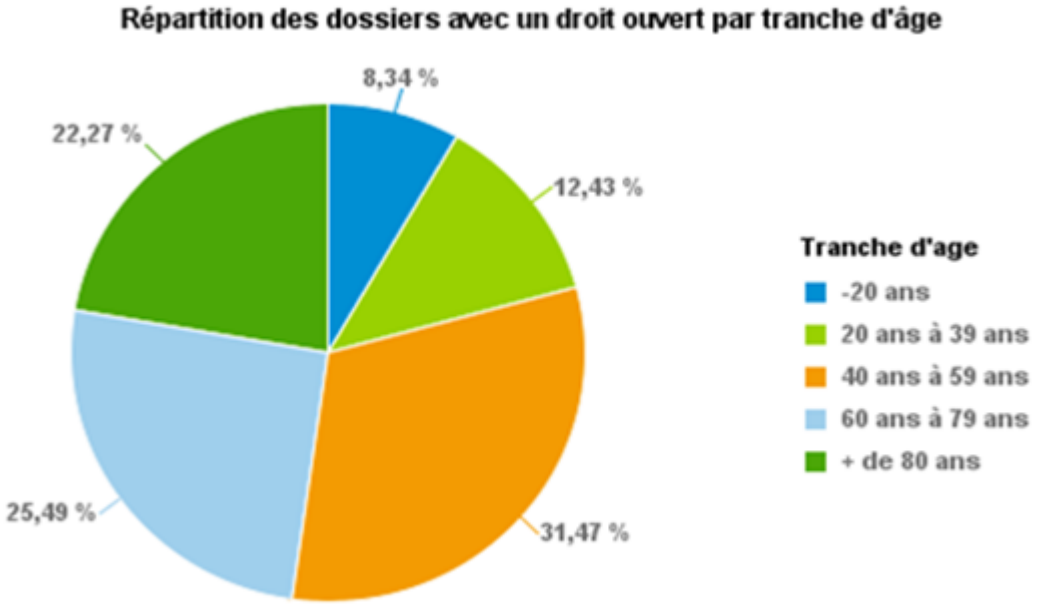
- déploiement en 2018 du nouveau système d'information des MDPH, un « SI commun ». La MDPH de Paris fait partie des 7 pilotes qui préparent cette refonte du SI et qui permettra à terme le développement de télé-services (dépôt en ligne de demande, suivi d'avancement du dossier…).

I. Données générales sur le public en situation de handicap

Au 31/12/2017, les données de la MDPH identifiaient près de 163 000 personnes disposant d'au moins un droit actif fin 2016, soit plus de 7% de la population parisienne.

La proportion des hommes s'établit globalement à 53 %, mais celle-ci varie fortement en fonction de l'âge. Très nettement majoritaires parmi les bénéficiaires de moins de 20 ans, les hommes ne représentent plus que 38 % des bénéficiaires âgés de 80 ans et plus.

La population des bénéficiaires MDPH est significativement plus âgée que la population générale parisienne.



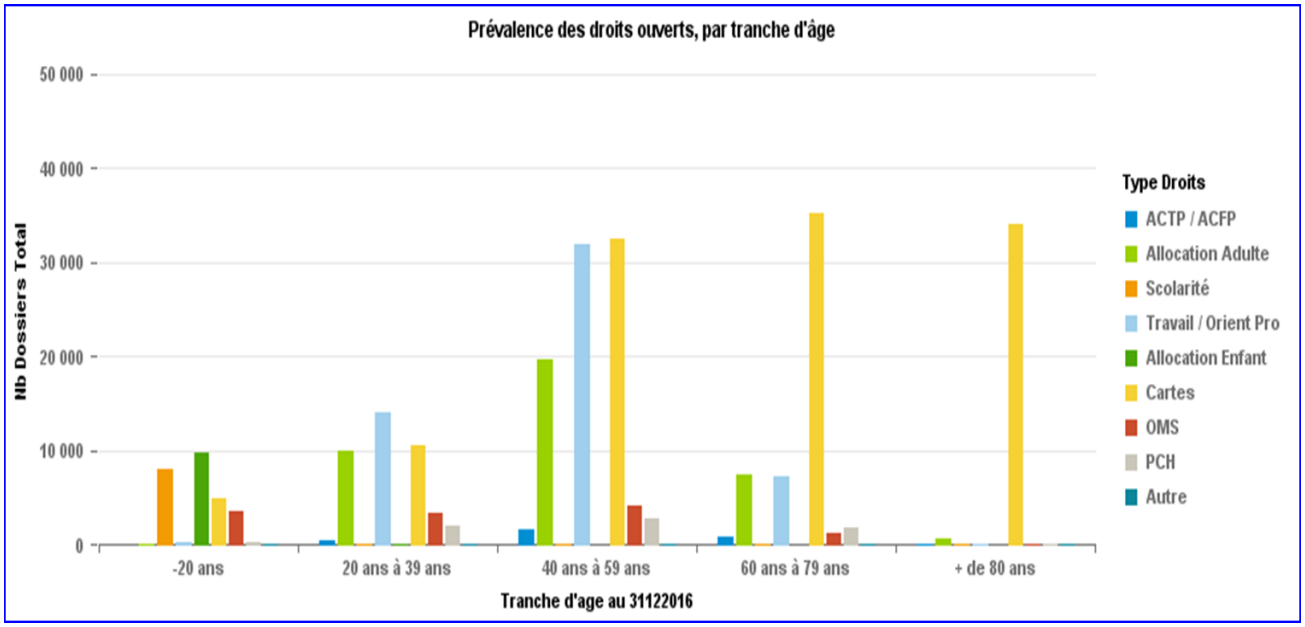
Les 60 ans et plus représentent 48% du total des bénéficiaires d'un droit ouvert au 31.12.2017, soit plus du double de leur part dans la population générale. Même si cette proportion est selon toute vraisemblance majorée par le fait que les décès ne sont pas systématiquement notifiés à la MDPH, il n'en reste pas moins que cette donnée montre l'importance prise par le traitement des cartes dans l'activité globale de la MDPH.

En effet, comme le montre l'analyse de la prévalence des demandes par tranche d'âge, la demande de carte est le principal, voire l'unique droit ouvert par la MDPH par les personnes de 60 ans ou plus.

Les bénéficiaires âgés entre 40 et 59 représentent près du tiers du total, et se caractérisent par une prévalence importante des droits liés à l'orientation professionnelle, présents dans près des deux tiers des dossiers. On retrouve une AAH ouverte chez un peu plus de 40% des bénéficiaires de cette tranche d'âge.

Chez les 20-39 ans, qui représentent 12 % des bénéficiaires, on retrouve une prévalence importante des droits liés à l'orientation professionnelle, mais aussi d'orientations médico-sociales et de PCH. Ceci signale que le niveau moyen de handicap est probablement plus « lourd » pour cette tranche d'âge que pour les 40-59 ans.

Enfin, les jeunes de moins de 20 ans représentent 8% du total des bénéficiaires et sans surprise se caractérisent par une prévalence importante des droits liés à l'AEEH (présents dans près de 80 % des dossiers) et des droits liés à la scolarisation (près des 2/3 des dossiers).



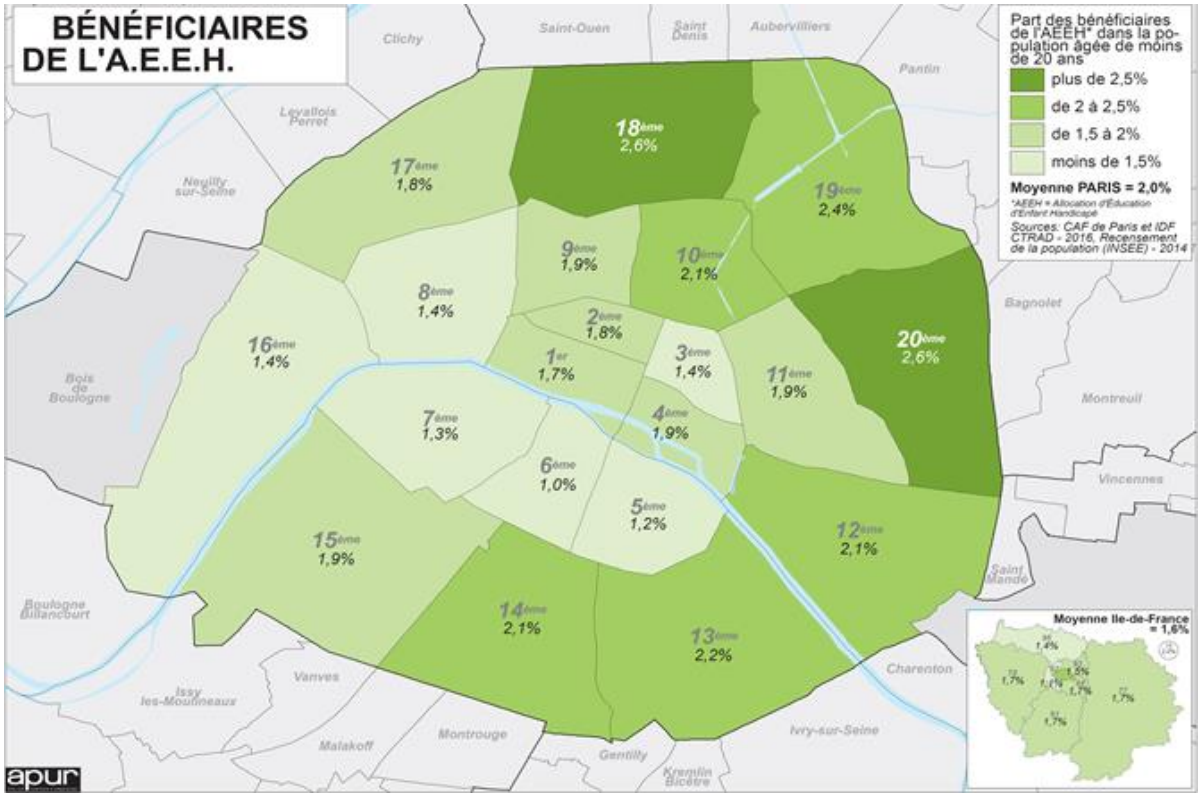
Une localisation conforme au poids démographique des arrondissements

Le nombre de personnes en situation de handicap dans les différents arrondissements semble corrélé au poids démographique des arrondissements. Les personnes en situation de handicap sont légèrement surreprésentées dans les 12e, 13e, 18e, 19e et 20e arrondissements par rapport au nombre total d'habitants.

- **Les enfants en situation de handicap**

Même si elle ne concerne pas l'ensemble des enfants en situation de handicap, l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) est à ce jour une donnée fiable pour la connaissance de leur profil sociodémographique : elle n'est pas soumise à condition de ressources et reste la prestation perçue par les familles d'enfant(s) en situation de handicap suite à une reconnaissance administrative par la MDPH. Elle permet d'approcher au mieux les publics enfants en situation de handicap à Paris.

2 % des enfants et des jeunes âgés de moins de 20 ans bénéficient d'une AEEH en 2016 après décision de la CDAPH. Cette proportion atteint 2,6 % dans les 18e et 20e arrondissements (soit un peu plus d'un millier d'enfants) contre 1 % dans le 6e (soit 80 enfants).

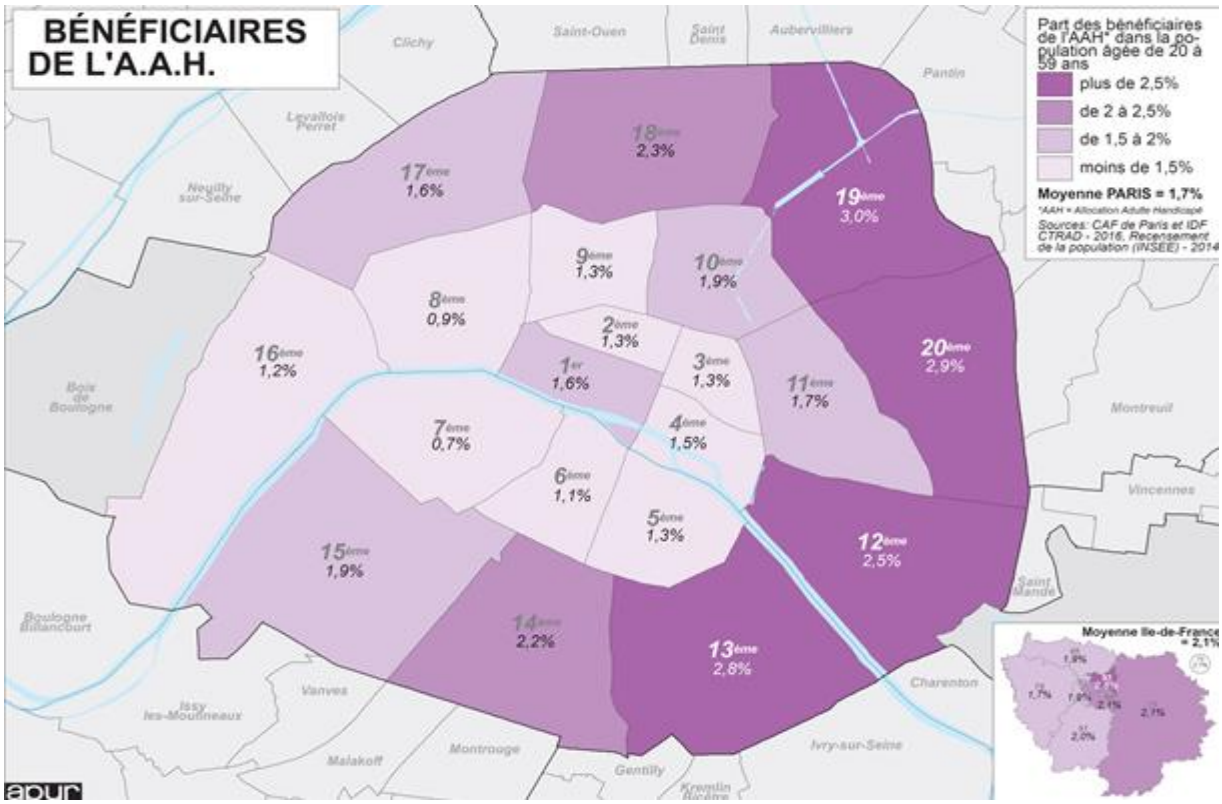


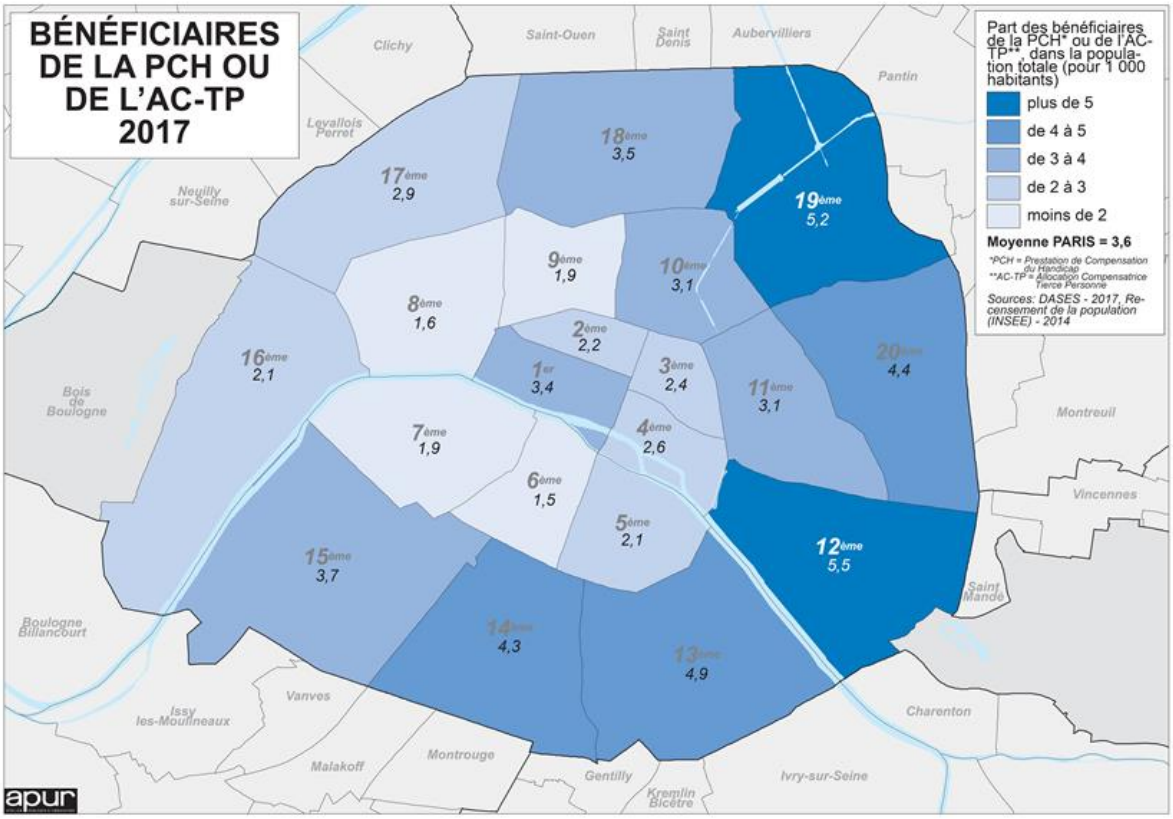
- **Les adultes en situation de handicap**

La connaissance des adultes en situation de handicap est plus complexe que celle des enfants. Les données disponibles ne permettent pas de dresser un portrait exhaustif des caractéristiques sociodémographiques du public, nécessitant donc une approche par plusieurs prestations.

Le nombre d'allocataires de l'AAH enregistre une forte augmentation de + 24% entre 2007 et 2016 (5 300 allocataires supplémentaires). Cette hausse s'observe dans l'ensemble des arrondissements parisiens, et plus particulièrement dans les 5e, 12e, 14e et 15e arrondissements.

Au total, 8 040 personnes bénéficient de la PCH ou de l'AC-TP. Rapportés à la population résidente, ils sont particulièrement présents dans les arrondissements de l'est parisien, notamment les arrondissements du 12e et 19e.


BÉNÉFICIAIRES DE L'A.A.H.
Part des bénéficiaires de l'AAH* dans la population âgée de 20 à 59 ans
plus de 2,5%
de 2 à 2,5%
de 1,5 à 2%
moins de 1,5%
Moyenne PARIS = 1,7%
*AAH = Allocation Adulte Handicapé
Sources: CAF de Paris et IDF CTRAD - 2016, Recensement de la population (INSEE) - 2014
18ème 2,3%
19ème 3,0%
17ème 1,6%
9ème 1,3%
10ème 1,9%
8ème 0,9%
2ème 1,3%
16ème 1,2%
1er 1,6%
3ème 1,3%
11ème 1,7%
20ème 2,9%
7ème 0,7%
4ème 1,5%
6ème 1,1%
5ème 1,3%
15ème 1,9%
12ème 2,5%
14ème 2,2%
13ème 2,8%
Moyenne Ile-de-France = 2,1%
Clichy
Saint-Ouen
Saint Denis
Aubervilliers
Pantin
Levallois Perret
Neuilly sur-Seine
Bois de Boulogne
Montreuil
Vincennes
Saint Mandé
Boulogne Billancourt
Vanves
Issy les-Moulineaux
Malakoff
Montrouge
Gentilly
Kremlin Bicêtre
Ivry-sur-Seine
Charenton
apur


BÉNÉFICIAIRES DE LA PCH OU DE L'AC-TP 2017
Part des bénéficiaires de la PCH* ou de l'AC-TP**, dans la population totale (pour 1 000 habitants)
plus de 5
de 4 à 5
de 3 à 4
de 2 à 3
moins de 2
Moyenne PARIS = 3,6
*PCH = Prestation de Compensation du Handicap
**AC-TP = Allocation Compensatrice Tierce Personne
Sources: DASES - 2017, Recensement de la population (INSEE) - 2014
18ème 3,5
19ème 5,2
17ème 2,9
9ème 1,9
10ème 3,1
8ème 1,6
2ème 2,2
16ème 2,1
1er 3,4
3ème 2,4
20ème 4,4
11ème 3,1
7ème 1,9
4ème 2,6
6ème 1,5
5ème 2,1
12ème 5,5
15ème 3,7
14ème 4,3
13ème 4,9
Clichy
Saint-Ouen
Saint Denis
Aubervilliers
Pantin
Levallois Perret
Neuilly sur-Seine
Bois de Boulogne
Montreuil
Vincennes
Saint Mandé
Boulogne Billancourt
Vanves
Issy les-Moulineaux
Malakoff
Montrouge
Gentilly
Kremlin Bicêtre
Ivry-sur-Seine
Charenton
apur

II. Evolution de l'activité de la MDPH

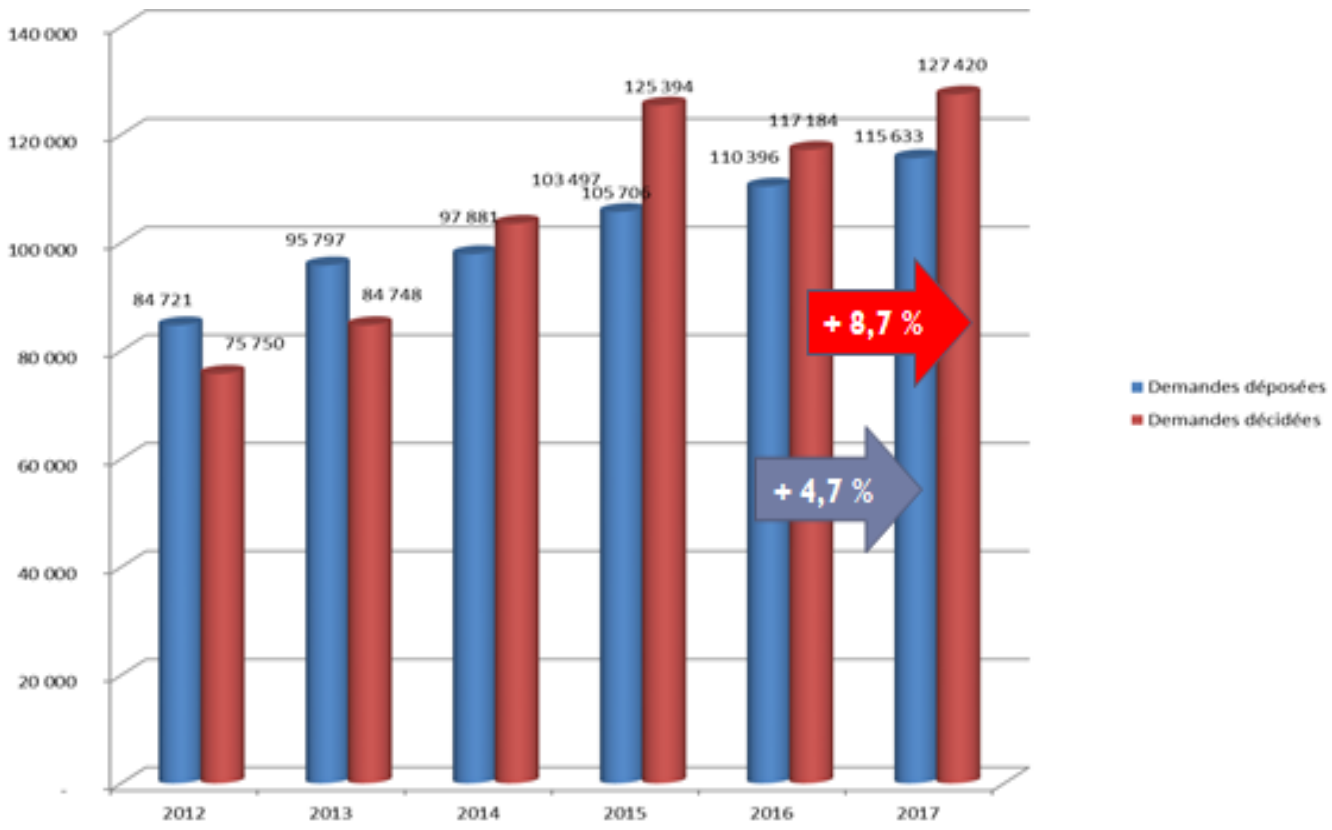
1. Une activité en flux tendu

Le nombre de dossiers et de demandes déposés a connu une nouvelle progression en 2017 pour la 6ème année consécutive :

- ***le nombre de demandes a ainsi augmenté de + 4,7 % par rapport à 2016 (hors recours gracieux),*** soit + 36 % par rapport à 2012 ;
- ***le nombre de décisions a augmenté de + 8,7 % par rapport à 2016 dépassant le niveau de 2015. Au total en 2017, près de 47 000 bénéficiaires ont reçu une décision.***

Au niveau des décisions, si le pic de 2015 avait été atteint sur la phase administrative du traitement du dossier (mise en place de la « notification unique »), le nouveau record établi en 2017 résulte du travail d'optimisation mené depuis deux ans sur la phase d'évaluation.

Demandes déposées (hors RG) et décisions MDPH (y compris rejets administratifs) depuis 2012



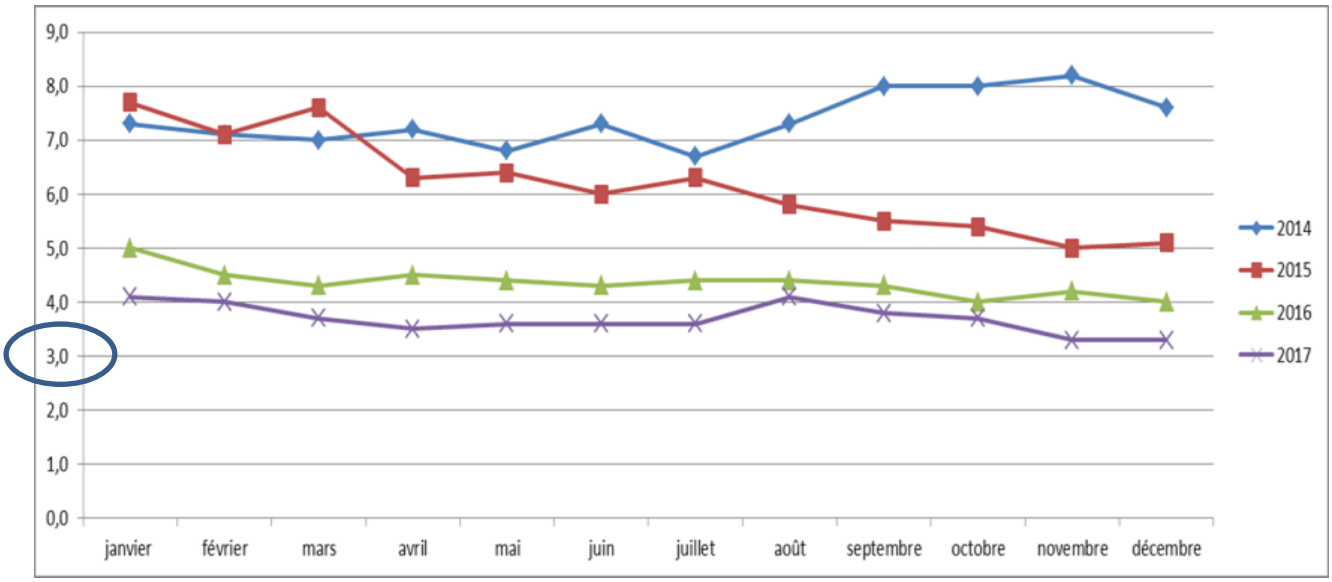
Au niveau de l'accueil des usagers, l'activité est globalement stable : en 2017, près de ***52.000 parisiens sont venus à la MDPH*** (soit en moyenne 209 personnes / jour). ***Le taux de réponse à l'accueil téléphonique s'établit à un niveau satisfaisant à 68 %*** (même s'il est en retrait par rapport à 2016, taux de réponse égal à 76 % mais seulement 39 % en 2015).

2. Une réduction continue des délais moyens

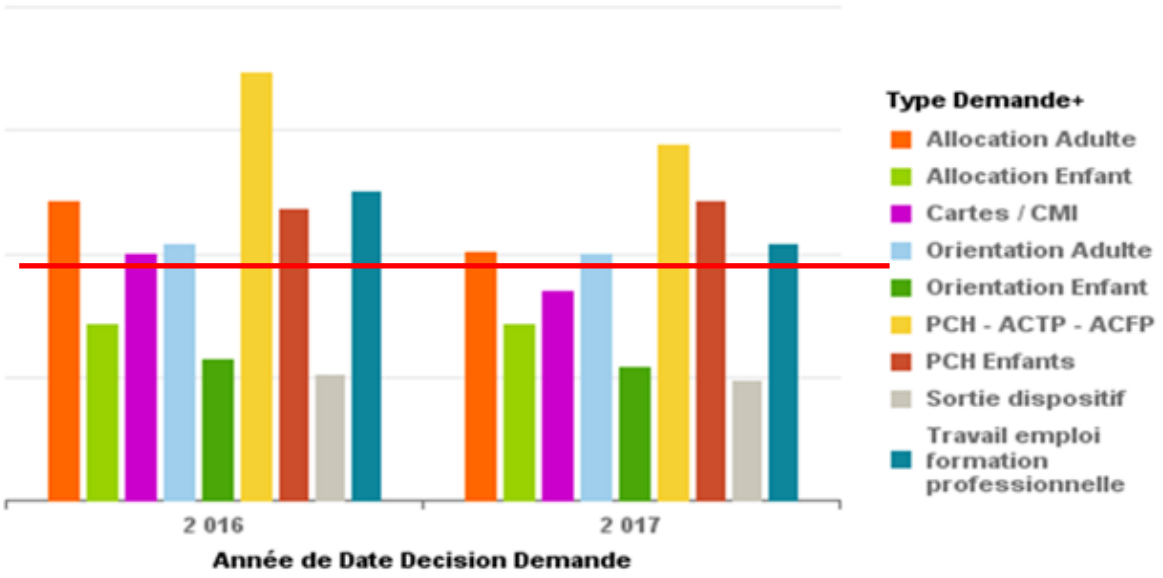
Le délai moyen de réponse à une demande est de 3,7 mois contre 4,4 mois en 2014.

Ce résultat exceptionnel a été obtenu grâce à l'investissement des agents et au plan de réduction des délais mise en œuvre à compter du second semestre 2014 (cf. rapports d'activité des années précédentes).

Délai moyen mensuel de traitement sur la période 2014/2017



Cette baisse du délai de traitement est constatée sur toutes les prestations.



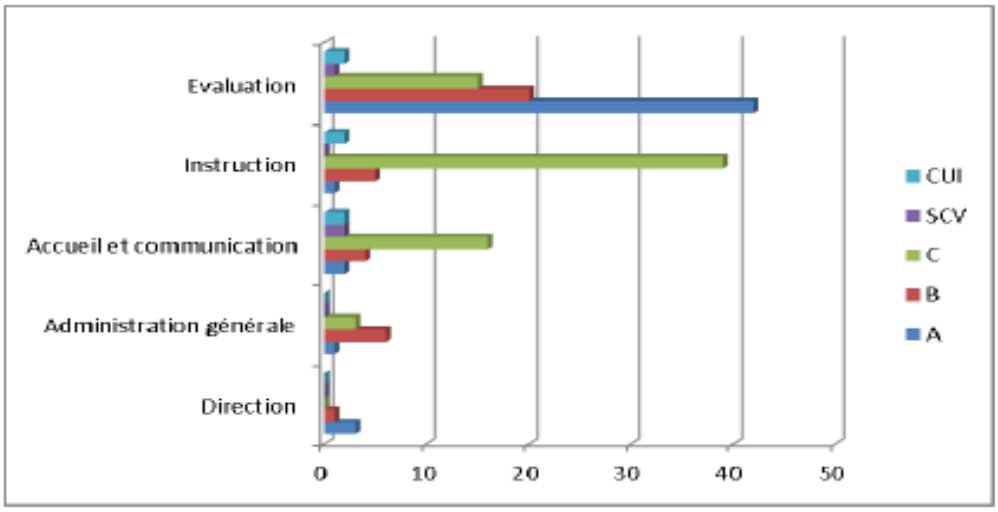
I. Organisation des services de la MDPH

Au 31 décembre 2017, l'effectif total de la MDPH tous statuts et types de contrat confondus (y compris renfort et service civique volontaire) est de 167 agents. Ces 167 agents correspondent à 151.55 ETP.

	Agents	ETP
Direction	4	3,4
Administration Générale	10	9,1
Accueil et Communication	26	24,9
Instruction	47	45
Evaluation	80	69,15
Total général	167	151,55

La plus grande partie des effectifs se trouve au sein du Pôle Evaluation, avec 80 agents correspondant à près de 69,15 ETP. L'écart entre nombre d'agents et ETP s'explique par la forte proportion au sein de ce pôle d'agents à temps non complets, médecins en particulier.

Comme le montre le graphique suivant, la répartition par catégorie au sein de chaque pôle est extrêmement différenciée. Alors qu'au pôle instruction, 85% des agents appartiennent à la catégorie C, ces derniers ne représentent qu'un cinquième des agents du pôle évaluation, contre un peu plus d'une moitié d'agents de catégorie A. Au pôle accueil et communication, les agents de catégorie C représentent les deux tiers de l'effectif.



La MDPH assure elle-même les fonctions support, qu'il s'agisse des fonctions budgétaires, RH, logistiques, et même dans une large partie, informatiques. La direction est par ailleurs assistée dans ses missions par deux médecins conseillers techniques, en charge notamment du suivi des situations complexes et du partenariat avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire.

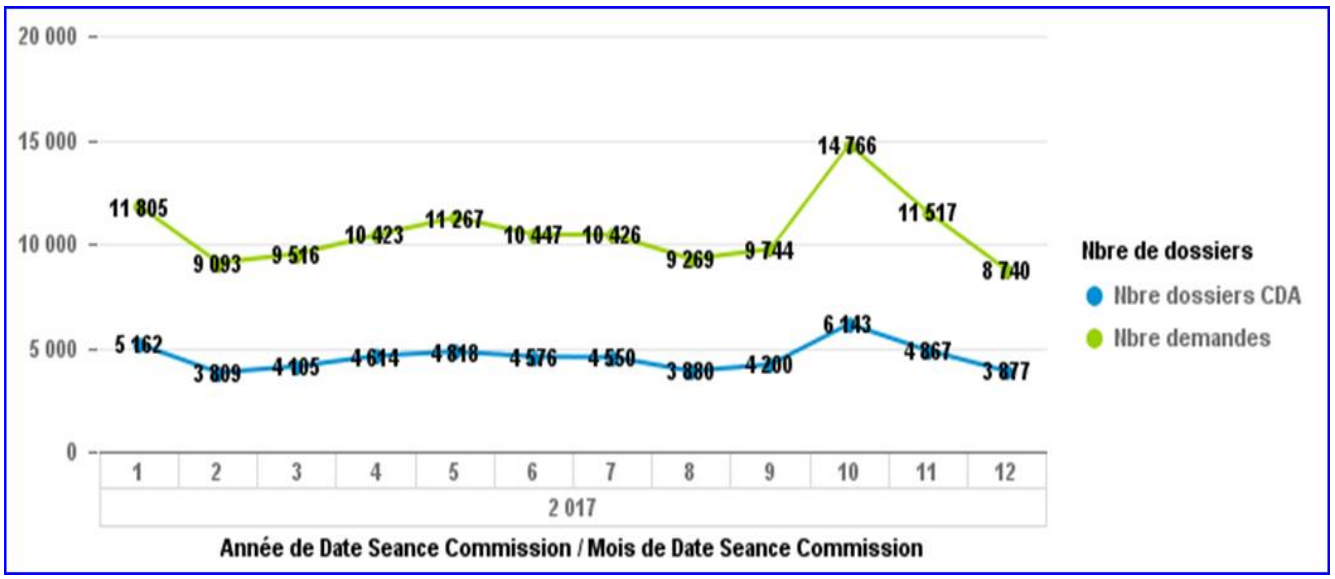
Le comité de direction de la MDPH, qui rassemble les responsables de pôle et les médecins conseillers techniques ainsi que la responsable de la cellule informatique, se réunit en

moyenne 2 fois par mois pour évoquer les sujets d'intérêt commun ainsi que les dossiers stratégiques.

La vie de l'institution est par ailleurs rythmée chaque semestre par une réunion de l'ensemble du personnel, qui permet de faire un point sur l'activité et les grandes orientations, ainsi que de renforcer la cohésion entre pôles et corps de métier.

II. Activité de la CDAPH

Le nombre de séances de CDAPH est de 50 pour 2017 avec un examen en moyenne par séance de 1.092 dossiers et de 2.540 demandes.



Au-delà de l'importance du volume de l'activité hebdomadaire de la CDAPH 75, il faut souligner la politique active d'accompagnement des membres de la CDAPH à Paris et les nombreuses actions pour améliorer la qualité du processus de décision :

- Séances de formation pour les nouveaux membres et distribution d'un Kit lors de la séance d'installation ;
- Fiche de présentation individuelle retravaillée et enrichie au cours de 2015/2016 ;
- Le guide des points focus adressé sur un rythme semestriel depuis décembre 2015 ;
- Envoi de différents textes et publications aux membres.

Organisation de temps d'échanges plus approfondis dans le champ du handicap avec des séances d'information intitulées « Vivre Avec » ouvertes aux agents et aux membres de la CDAPH : 3 sessions de « Vivre avec » ont été proposées : « Vivre avec le cancer », « Vivre avec maladie d'Alzheimer » et « Vivre avec un TSA 1ere partie ».

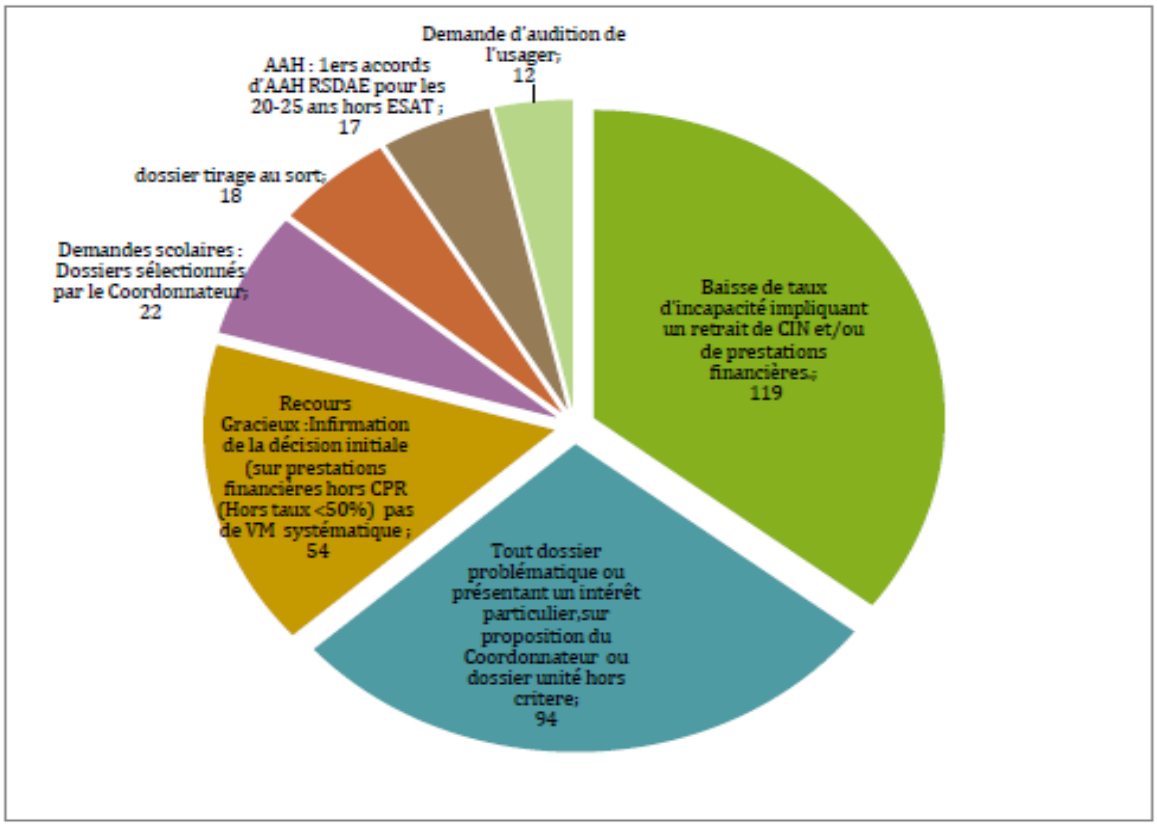
Présentation de situations individuelles par les médecins / évaluateurs ayant traité le dossier (définition de critères de présentation de ces situations au sein du règlement intérieur de la CDAPH pour co-construire une doctrine d'évaluation partagée à Paris).

385 dossiers ont fait l'objet d'une présentation individuelle en 2017 incluant 11 dossiers présentés pour illustrer les thématiques d'unité n'ayant pas nécessité de décisions par votes. Une activité en légère baisse par rapport à 2016 où 392 situations ont fait l'objet de présentations individuelles.

Cette baisse s'explique par le développement de la durée des auditions, pour laisser plus de temps aux échanges avec les usagers ce qui implique que l'ordre du jour de la CDAPH ait été revu en conséquence depuis le début de l'année.

Pour que les membres de la CDAPH aient une vision globale des situations rencontrées à la MDPH, les unités du pôle évaluation interviennent régulièrement par roulement pour présenter des thématiques et illustrer, bien souvent, par des situations rencontrées.

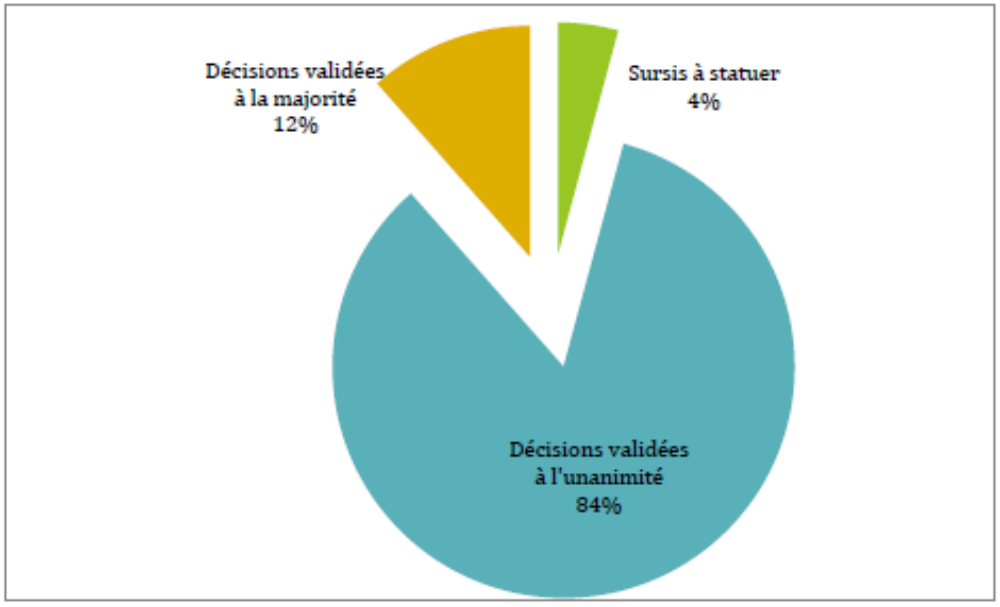
<u>Focus sur les principaux critères utilisés pour la présentation des situations individuelles :</u>



Les dossiers présentés sous le critère « Tout dossier problématique ou présentant un intérêt particulier, sur proposition du Coordonnateur » correspondent à 26% des présentations individuelle. Ces quelques dossiers ont été présentés soit pour :

- Maintien du taux d'incapacité (TI) et retrait d'avantages
- Baisse de TI avec Renouvellement ou maintien d'AAH
- Dossier PAG
- Réévaluation du TI à la hausse avec accord AAH
- Changement d'orientation Milieu Ordinaire vers le milieu protégé ou inversement
- Potentiel Emploi
- Maladie rare ou grave infantile…

La répartition ci-après représente l'ensemble des décisions des présentations individuelles cela équivaut à 1125 décisions.



III. Médiation, conciliation, recours

Récapitulatif statistique et comparaison avec 2016* :

**Source requête PID 28*

	avis de recours reçus		jugements reçus		dont décisions confirmées		dont décisions infirmées		Dont désistements (usagers)		Dont sans objet	
	2016	**2017**	2016	**2017**	2016	**2017**	2016	**2017**	2016	2017	2016	2017
TCI	828	**640**	466	**832**	309	**665**	88	**167**		32		39
TA	139	**83**	152	**131**	88	**103**	22	**28**		19		2
CNITAAT	85	**113**	27	**50**	13	**50**	0	**0**		2		12
CAA	0	**3**	0	**2**	0	**2**	0	**0**				
TASS											**1**	
Total	1052	**839**	646	**1015**	410	**820**	110	**195**	79	**53**	**41**	**53**

Alors que les années 2015 et 2016 avaient vu une très forte augmentation du nombre de recours contentieux formés par les usagers (+66% de 2014 à 2015 et +17% de 2015 à 2016) la MDPH a reçu moins d'avis de recours en 2017 (à l'exception de la CNITAAT).

Les délais de traitement dans les différents tribunaux pourraient probablement être une piste d'explication. En effet, la CNITAAT est traditionnellement très en retard, avec des délais de traitement longs et intervient en seconde intention, en appel. Elle a donc vraisemblablement enregistré les appels des jugements du TCI intervenus sur les mois

précédents. Le TCI, qui avait précédemment réalisé une opération de déstockage sur les années précédentes, semble être davantage « en flux ».

Ainsi, 839 recours ont donc été enregistrés (à entendre ici en demandes) pour 560 personnes en 2017 contre 1052 recours pour 757 dossiers en 2016. L'enregistrement des recours s'effectue par demande et non par dossier, or depuis la mise en place de la notification unique, il n'est pas à exclure que les usagers forment davantage de recours multiples auprès des tribunaux.

Les jugements reçus sont quant à eux en nette hausse et nous les recevons plus régulièrement, bien que le délai de traitement des tribunaux soit encore long entre l'enregistrement du recours et l'audience : autour de 6 mois pour le TA, autour d'un an pour le TCI. Le délai de la CNITAAT se situe toujours autour de 2 ans.

Nous avons également reçu 53 autres jugements dits « sans objet » : le juge ne statue pas et confirme en l'état la décision initiale (il s'agit de situations où l'usager n'a pas adressé les éléments demandés par le juge par exemple).

Si l'on rapproche les décisions confirmant les positions de la CDAPH, les désistements (qui aboutissent à des jugements actant les décisions de la commission) et les sans objet, nous arrivons à un taux de décisions confirmées de 81%. 195 jugements ont infirmés les décisions de la CDAPH en 2017, soit 19% des décisions rendues, en légère hausse par rapport à 2016.

Depuis 2015, la mise en place de mémoires dits « simplifiés » permet d'assurer plus de réponses de la MDPH dans le cadre des litiges avec les usagers cours en rappelant les principes réglementaires qui guident les décisions de la CDAPH pour les situations où il n'y a pas de nouvel élément médical mis en avant. La défense se restreint donc à une approche administrative et juridique.

Des mémoires dits « élaborés » sont rédigés pour les situations les plus complexes. Cela implique un effort rédactionnel important, afin de répondre aux arguments de la partie adverse tout en présentant au juge les fondements de la décision initiale. À cette occasion, le Pôle Evaluation est sollicité pour un argumentaire médical

IV. Fonds départemental de compensation

Le rapport d'activité du FDC est joint en annexe.

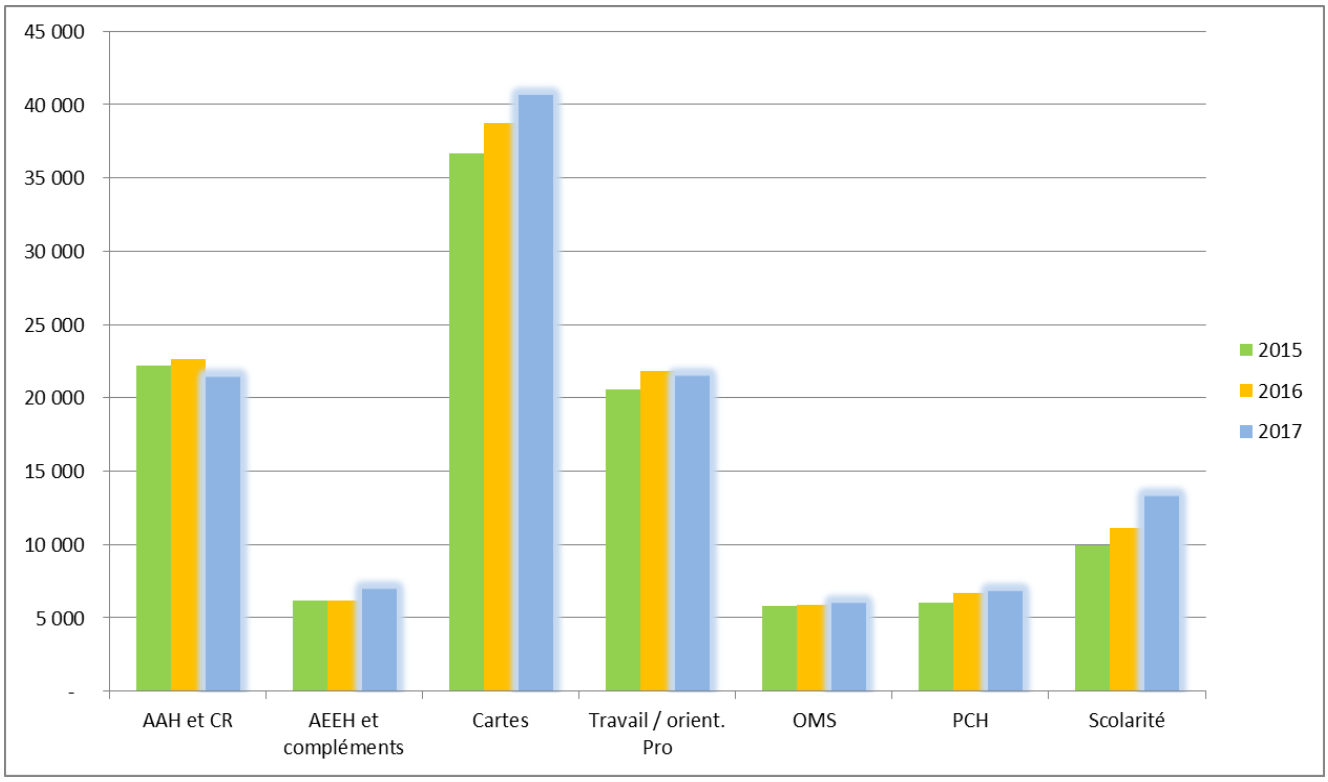
I. Données globales sur l'année 2017

1. Les demandes

Le nombre de dossiers et de demandes déposés a connu une nouvelle progression en 2017 pour la 6ème année consécutive : le nombre de demandes a ainsi augmenté de + 4,7 % par rapport à 2016 (hors recours gracieux), soit + 36 % par rapport à 2012.

1 / ***Les cartes, l'allocation adulte handicapé et l'emploi (ORP, RQTH) représentent les droits pour lesquels la MDPH est la plus sollicitée.***

Nombre de demandeurs par type de droits (par an)



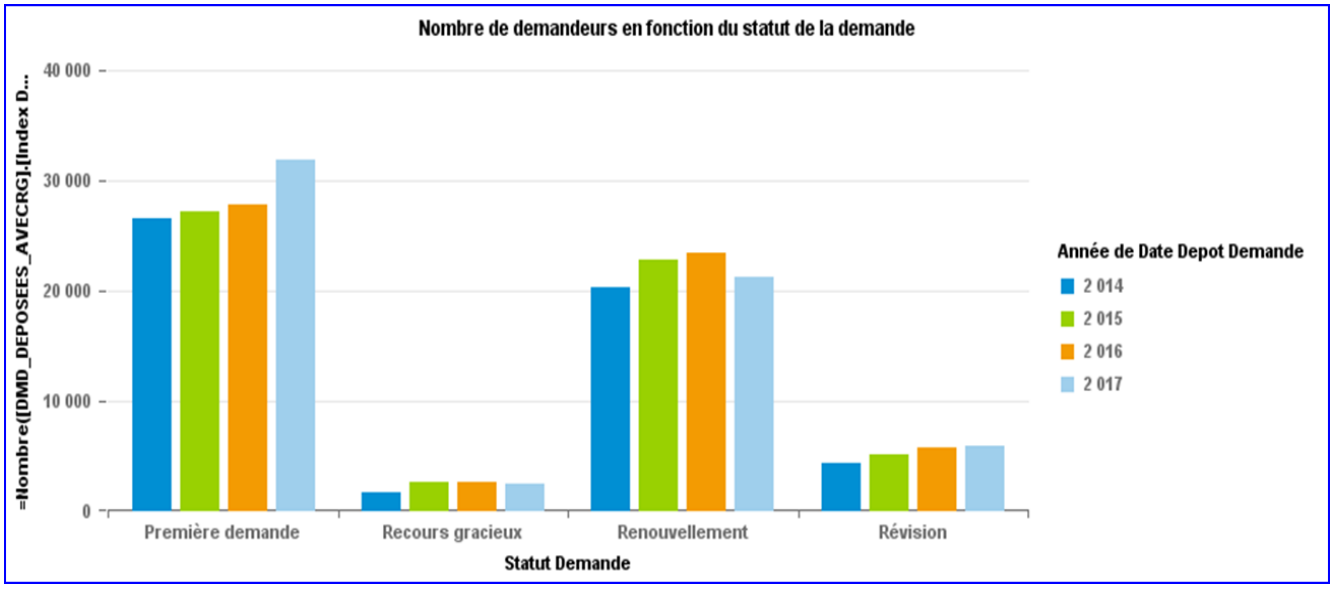
NB : dans le graphique ci-dessus un usager peut être enregistré pour plusieurs demandes.

2 / ***La part des primo-demandeurs sur l'ensemble des demandes déposées en 2017 est de 52 %*** (61.262 demandes, avec recours gracieux).

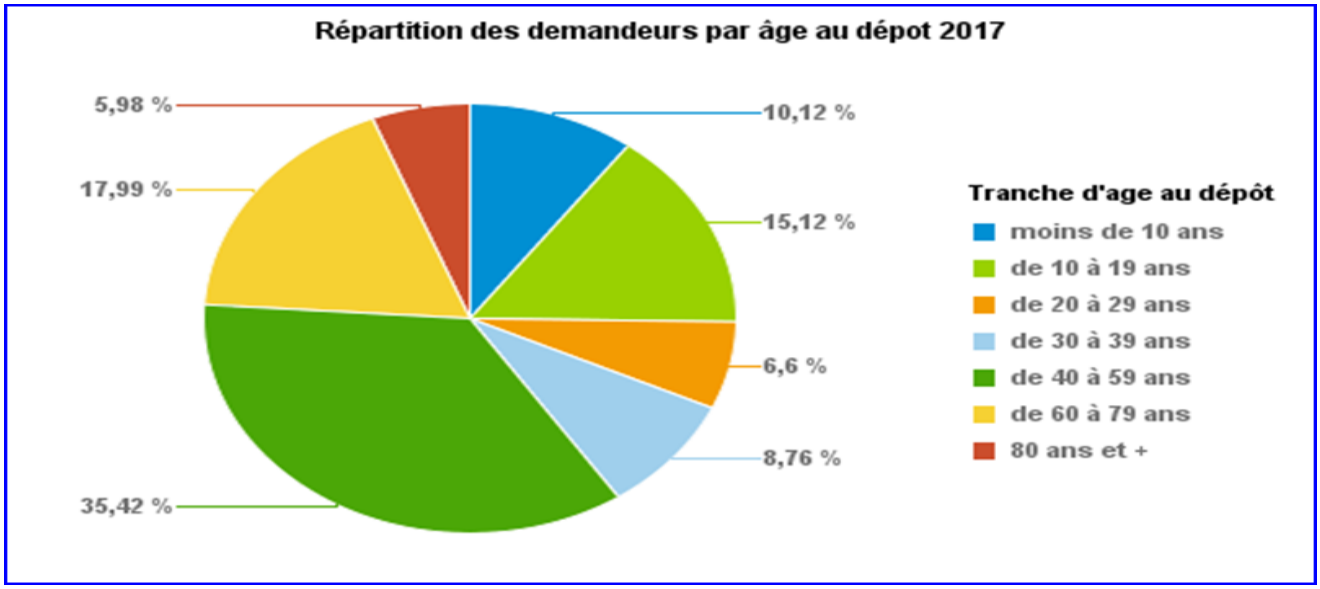
A la différence de 2016, l'augmentation des demandes résulte de la progression du nombre de primo-demandeurs (+ 14 %). Les demandeurs pour des renouvellements de droits enregistrent une baisse par rapport à 2016 (- 9 %). Ce phénomène peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- de manière aléatoire, une concentration de droits se terminant sur une année donnée (au cas particulier 2017) ;

- de manière volontariste, une politique d'allongement des droits quand la réglementation le permet. C'est le cas de la prestation d'AAH (effet de la réforme de 2015 passant la durée maximale de 2 à 5 ans pour les allocataires de l'AAH dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79 %). En 2015, la part des renouvellements dans les demandes d'AAH était de 56 %, elle est de 51 % en 2017 (avec – 1.227 demandeurs entre 2015 et 2017 au titre du renouvellement de l'AAH).



3 / ***S'agissant de l'âge des demandeurs, la tranche des 40-59 ans est la plus représentée (près de 36 %), suivie des moins de 20 ans (plus de 25 %) et des 60-79 ans (18 %) traduisant respectivement le poids des demandes scolaires et des cartes.***



4 / Une ***répartition des demandeurs par sexe et par tranche d'âge*** permet d'illustrer l'asymétrie de la répartition entre les femmes et les hommes selon l'âge des demandeurs.

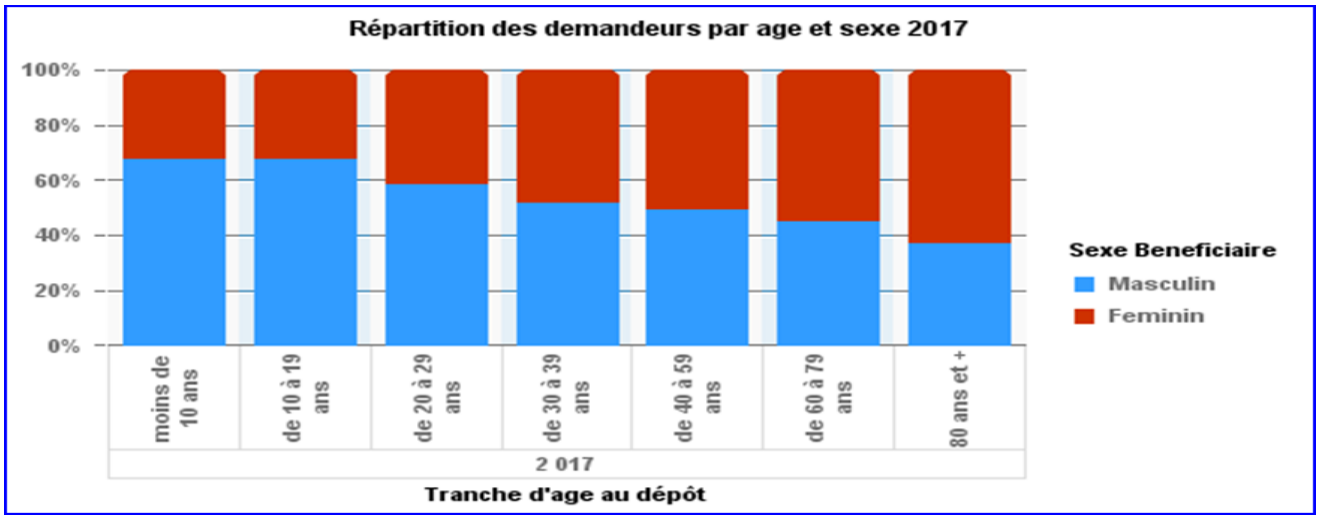
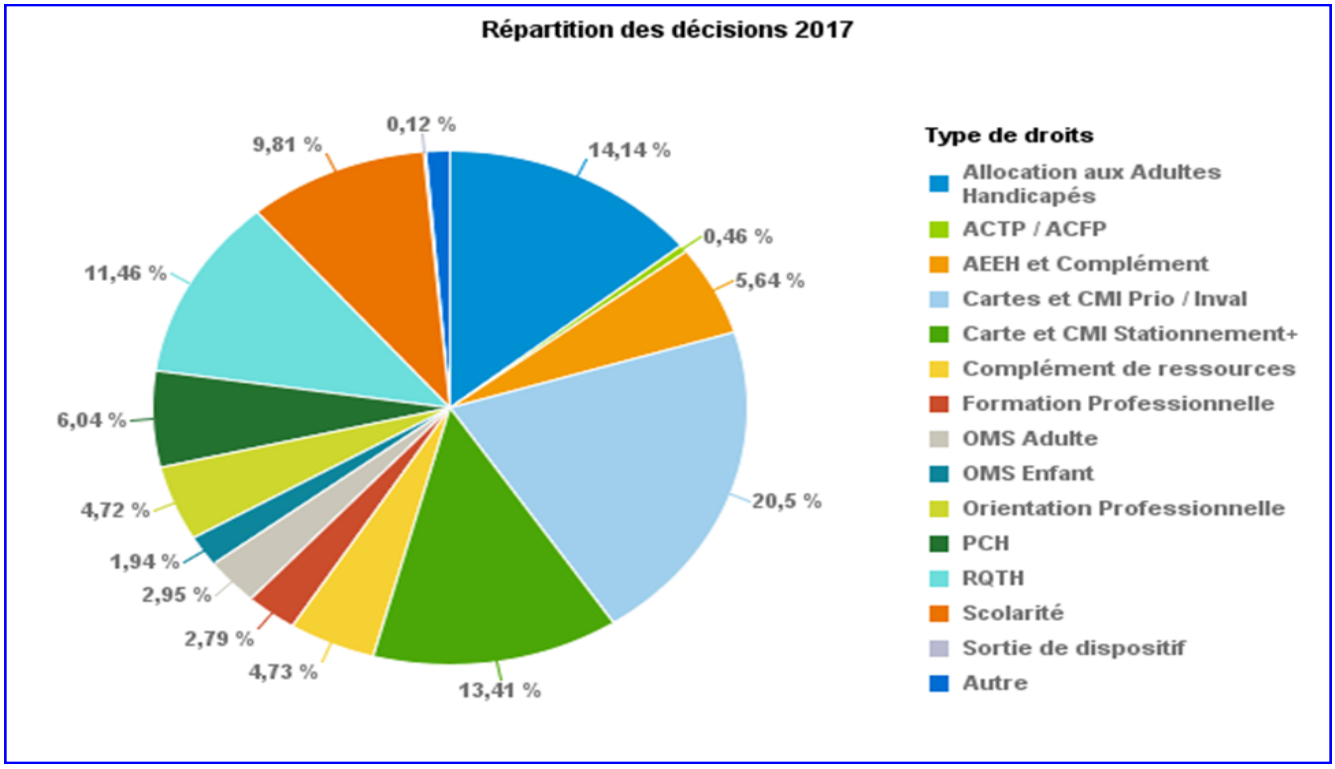


Tableau de synthèse des demandes déposées à la MDPH de 2014 à 2017

	2014	2015	2016	2017	2016 / 2017 en valeur	Taux d'evol 2017 / 2016	Répartition en %
Allocation aux Adultes Handicapés	15 584	16 798	17 033	16 023	(1 010)	-6,3%	13%
Complément de ressources	4 998	5 407	5 599	5 425	(174)	-3,2%	5%
AEEH et Complément	4 896	6 171	6 201	6 964	763	11,0%	6%
Cartes et CMI Prio / Inval	21 242	22 768	23 738	24 511	773	3,2%	21%
Carte et CMI Stationnement	12 811	13 935	15 013	16 200	1 187	7,3%	14%
Orientation Professionnelle	4 784	4 988	5 475	5 276	(199)	-3,8%	4%
Formation Professionnelle	2 997	3 091	3 128	3 068	(60)	-2,0%	3%
OMS Adultes	3 284	3 359	3 614	3 472	(142)	-4,1%	3%
OMS Enfants	2 261	2 427	2 240	2 539	299	11,8%	2%
PCH	5 436	6 028	6 672	6 859	187	2,7%	6%
ACTP / ACFP	603	515	499	511	12	2,3%	0%
RQTH	12 035	12 487	13 251	13 208	(43)	-0,3%	11%
Scolarité	7 680	9 910	11 115	13 338	2 223	16,7%	11%
Sortie de dispositif	189	131	161	164	3	1,8%	0%
Autre	1 237	1 317	1 348	1 577	229	14,5%	1%
	100 037	109 332	115 087	119 135	4 048	3,5%	100%

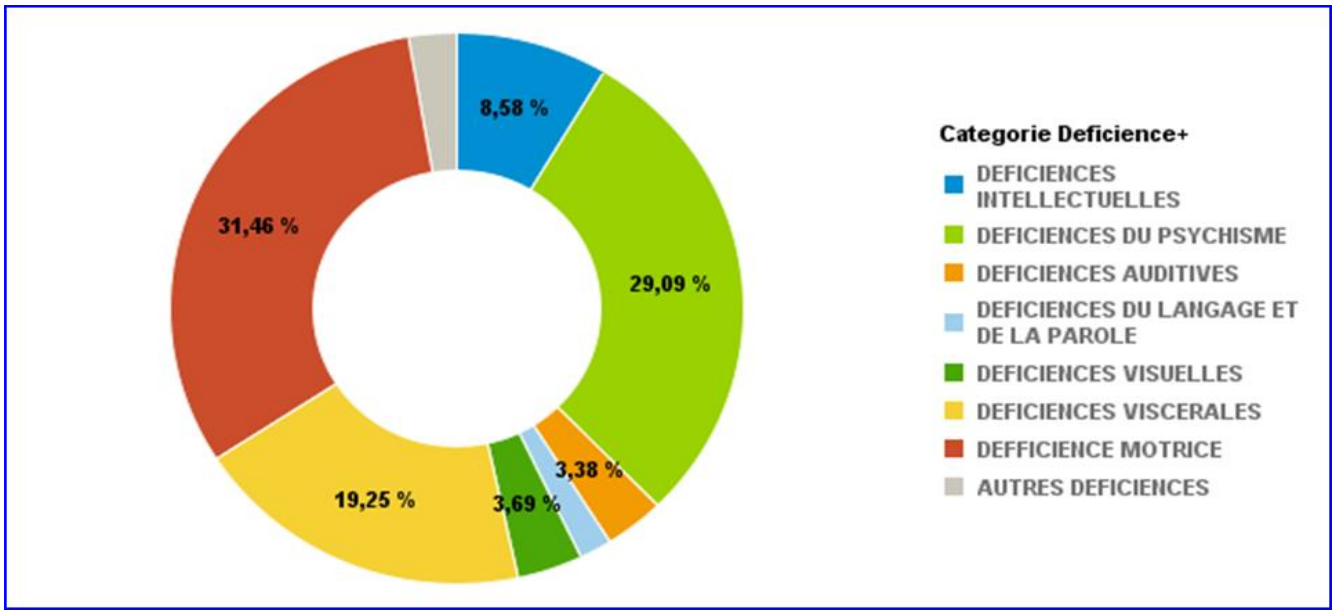
2. Décisions

1/ ***Une analyse des décisions selon les droits et prestations montre la prépondérance des demandes liées aux cartes, à l'AAH, à la RQTH/ORP et à la scolarité***.



2 / ***Les déficiences les plus représentées parmi les personnes ayant bénéficié d'une décision sont les déficiences motrices (32 %), psychiques (29 %) et viscérales (19 %).***

<u>Déficience principale des personnes ayant bénéficié d'au moins une décision ou avis en 2017</u>



NB : liste des déficiences telle que définie par l'arrêté du 6 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation.

3 / Une analyse de l'évolution du nombre de décisions souligne l'augmentation majeure du nombre de décisions dans le temps (+23 % entre 2014 et 2017). Il faut notamment noter qu'en trois ans le nombre de décisions liées à la scolarité a augmenté de + 64 %.

Décisions	2014	2015	2016	2017	Taux d'evol 2017 / 2016	Taux d'evol 2017 / 2014
Allocation aux Adultes Handicapés	16 714	20 013	17 929	18 013	0%	8%
ACTP / ACFP	722	588	479	587	23%	-19%
AEEH et Complément	4 863	6 132	6 067	7 191	19%	48%
Cartes et CMI Prio / Inval	22 272	28 180	24 658	26 125	6%	17%
Carte et CMI Stationnement+	13 286	17 017	15 359	17 089	11%	29%
Complément de ressources	5 189	6 481	5 802	6 023	4%	16%
Formation Professionnelle	3 001	3 239	3 296	3 553	8%	18%
OMS Adulte	3 512	3 481	3 659	3 760	3%	7%
OMS Enfant	2 067	2 286	2 090	2 466	18%	19%
Orientation Professionnelle	4 939	5 639	5 697	6 008	5%	22%
PCH	5 328	6 433	6 686	7 691	15%	44%
RQTH	11 942	15 691	13 619	14 597	7%	22%
Scolarité	7 599	8 738	10 670	12 500	17%	64%
Sortie de dispositif	268	128	161	155	-4%	-42%
Autre	1 781	1 341	1 244	1 661	34%	-7%
TOTAL	103 483	125 387	117 416	127 419	8%	23%

4 / En 2017, la carte mobilité inclusion (CMI) a été déployée au 1er juillet conformément aux dispositions légales : 13.790 titres ont été commandés à l'imprimerie nationale au cours des premiers mois d'application de la réforme. Si le support et les modalités de production de la carte sont profondément modifiés, les conditions d'ouverture et la portée des droits sont identiques à celles qui s'appliquaient pour les cartes de stationnement, priorité et invalidité.

II. Focus sur certaines prestations et droits

1. La prestation de Compensation du Handicap

En 2017 ont été déposées 6.859 demandes de PCH (au domicile et en établissement), soit une croissance de + 2,7 % par rapport à 2016, soit une augmentation plus limitée par rapport aux années précédentes (qui ont enregistré des taux de croissance de près de 10 %). Les hommes représentent 47 % des demandeurs en moyenne et la tranche d'âge la plus représentée est celle des 50/59 ans (26 % des demandes).

En 2017, 7.691 décisions ont été prises. Les PCH enfants représentent 15 % des décisions, les PCH établissements moins de 3 %.

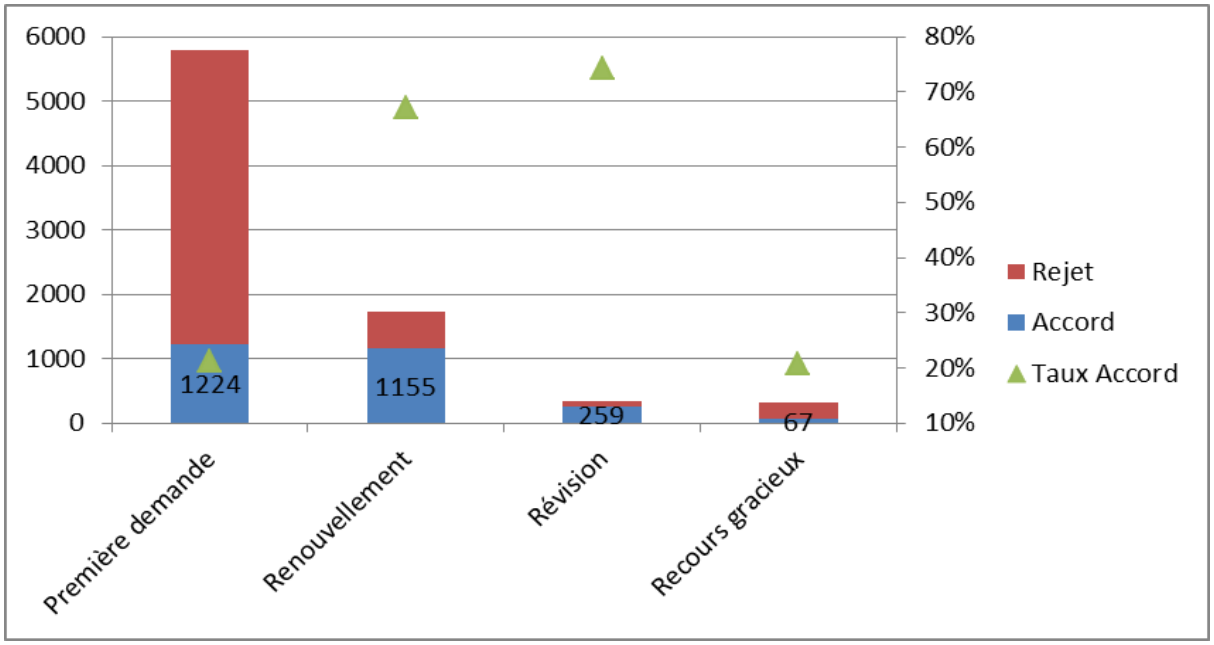
L'aide humaine représente 40 % des éléments accordés en 2017, suivie de l'aide technique (17 %) et de la prise en charge des frais spécifiques (17 %). La prise en charge des surcoûts de transport et des charges exceptionnelles représentent respectivement 12 % et 9 %.

Le taux d'accord global est de 32 % (soit 2.555 accords) en légère baisse par rapport au taux de 2016 (36 %). Il faut noter que le taux est très différencié selon le statut des demandes :

- 21 % - versus 29 % en 2016 - pour les premières demandes (qui représentent les trois quarts des demandes)
- contre 74 % - versus 67 % en 2016 - pour les renouvellements (un quart des demandes).

Pour les PCH à domicile, le taux d'accord s'établit à 35 %. Le taux d'accord s'établit à 21 % pour les primo-demandes mais à 67 % pour les demandes de renouvellement. Au total, les premières demandes correspondent aux ¾ des décisions, mais seulement à 50% des décisions d'accord.

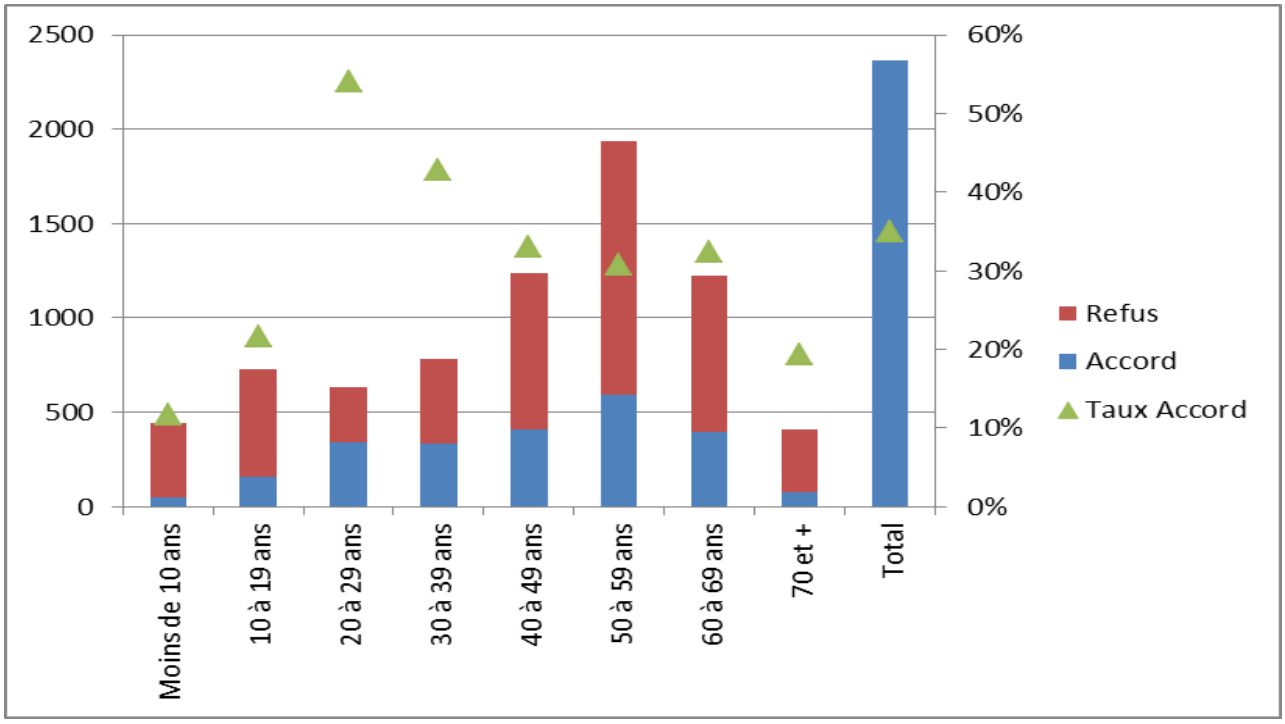
Décisions relatives à la PCH – aide à domicile (2017)



On note aussi que le taux d'accord est sensiblement plus faible pour les demandes des moins de 20 ans (18 %). Si pour une part (notamment pour les enfants les plus jeunes), ceci peut s'expliquer par une moindre éligibilité à la prestation (en raison de la dépendance normale de l'enfant vis-à-vis de l'aide parentale), il renvoie également au droit d'option : quand une famille opte pour l'AEEH, il est en effet enregistré un rejet de PCH.

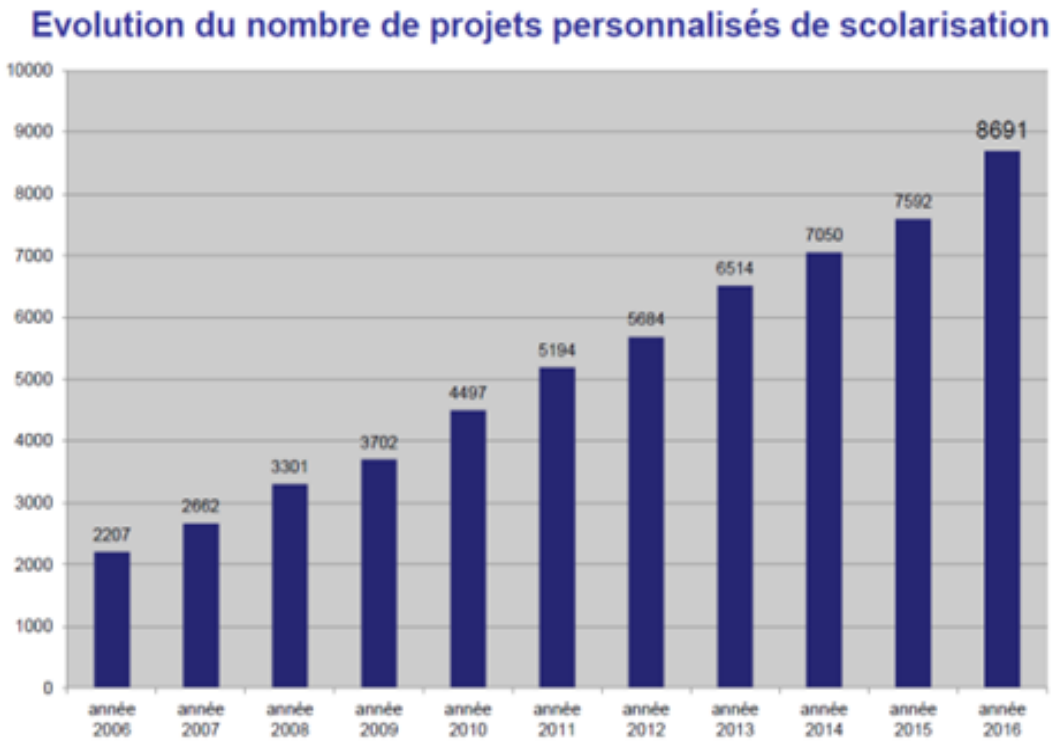
On observe un net ressaut du taux d'accord pour les demandeurs de 20-29 ans, correspondant au moment de la sortie de l'AEEH (pour cette tranche d'âge, le taux d'accord s'établit à 54 %). Le taux d'accord décline ensuite pour s'établir autour de 33 % pour les demandeurs de 40 à 69 ans.

Décisions relatives à la PCH – aide à domicile (2017)



2. La scolarisation des enfants en situation de handicap

Depuis plusieurs années, il est constaté une très forte augmentation du nombre d'enfants bénéficiant d'une décision MDPH 75.



Au-delà des mesures permettant la scolarisation en milieu ordinaire, des unités d'enseignements dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux permettent d'assurer des modalités de scolarisation pour environ 3000 enfants et adolescents.

- ***Les demandes et décisions 2017***

En 2017, les demandes relatives à des compensations dans le domaine scolaire correspondent à 7.174 dossiers déposés, soit une croissance de + 11 % par rapport à 2016. On trouve au moins une demande de réexamen (renouvellement ou révision) dans 62 % des dépôts.

	2013	2014	2015	2016	2017
Dossiers déposés	4328	5542	5858	6443	7174

Les demandeurs sont pour plus des deux tiers des garçons. Les 6/10 ans et 11/15 ans représentent logiquement les classes d'âge les plus représentées (respectivement 38 % et 36 %). Néanmoins, il faut souligner que les demandeurs âgés de 5 ans ou moins au moment du dépôt représentent 14 % du total.

En 2016 ont été rendues 12.492 décisions ou avis dans le domaine de la scolarité, soit un accroissement de + 15 % par rapport à 2015. Dans 85 % des dossiers déposés, il y a au moins une décision d'accord.

	Moins de 5 ans	de 6 à 10 ans	de 11 à 15 ans	16 ans et +	Total des décisions	Nombre de dossiers avec un accord
Aide Humaine à la Scolarisation	826	1 644	989	306	**3 765**	**3 407**
Aménagement Scolarité	915	2 356	2 330	1 008	**6 609**	**5 363**
Matériel Pédagogique Adapté	1	72	130	31	**234**	**209**
Orientation scolaire	169	714	874	127	**1 884**	**1 730**
Total des décisions	**1 911**	**4 786**	**4 323**	**1 472**	**12 492**	
Nombre de dossiers avec un accord	**875**	**2 266**	**2 160**	**823**		**6 055**

Dans 89 % des dossiers avec au moins un accord, on retrouve un accord au titre des aménagements de scolarité ou d'emploi du temps. Cette prévalence est élevée pour toutes les tranches d'âge.

Si une aide humaine à la scolarisation est accordée en moyenne dans 56 % des dossiers ouvrant une compensation, cette prévalence varie pour sa part fortement avec la tranche d'âge, en décroissant : elle passe ainsi de 86% pour les enfants âgés d'au plus 5 ans au moment du dépôt, à environ un tiers pour ceux âgés d'au moins 11 ans.

Pour les orientations scolaires enfin, présentes dans 29 % des dossiers ouvrant compensation, on observe assez évidemment une prévalence plus élevée pour les tranches d'âge concernées par l'obligation scolaire et l'existence d'une offre en inclusion collective.

- ***Focus sur les orientations scolaires***

Des décisions d'orientation scolaire ont été prises pour 1.730 dossiers en 2016, correspondant à un total de 1856 décisions.

A la différence de 2016, il n'y a pas eu d'augmentation forte des décisions vers les ULIS collège et lycée, qui pouvaient s'expliquer il y a deux ans par le passage au cycle supérieur pour de nombreux enfants bénéficiant d'une mesure de compensation à l'école primaire. En 2017, il n'a pas été constaté de hausse significative des premières demandes pour les ULIS collège et lycée.

Il faut noter aussi le chiffre toujours élevé des décisions relatives au maintien en maternelle en 2017.

Orientation Scolaire	2016	2017	Taux evol 2017 / 2016	Taux evol "primo" 2017 / 2016
Enseignement Ordinaire	78	71	-9%	-11%
Maintien en maternelle	176	167	-5%	-4%
SEGPA	174	167	-4%	-39%
Ulis collège	653	648	-1%	-3%
Ulis école	541	554	2%	6%
ULIS lycée	149	144	-3%	0%
Unité d'enseignement	81	105	30%	45%
Total	1852	1856		

- ***Focus sur l'aide humaine à la scolarisation***

3.757 décisions accordant une aide humaine ont été prises en 2017 au profit de 3.407 enfants. L'augmentation est très importante par rapport à 2016, soit + 18 %. Cette augmentation est liée à une part importante des primo-demandeurs, qui représentent 47 % des demandes en 2017.

<u>Décisions relatives aux AVS (2016/2017)</u>

	2016	2017	Taux evol 2017 / 2016	Taux evol "primo" 2017 / 2016
Aide Individuelle	1 614	1 986	23%	33%
Aide Mutualisée	1 574	1 771	13%	18%
Total	3 188	3 757	18%	

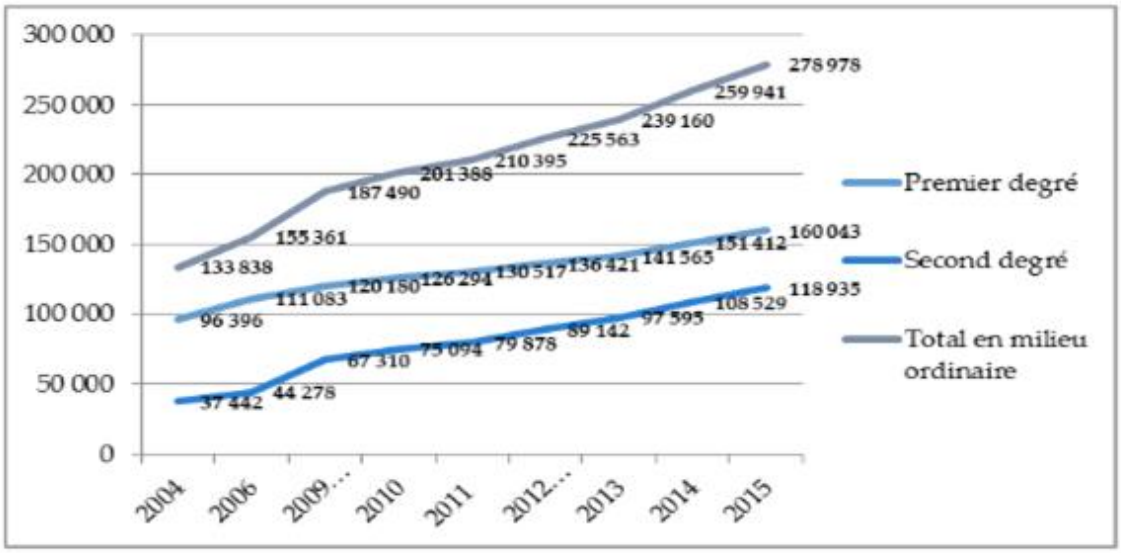
Les aides individualisées représentent 53 % des mesures et connaissent le plus fort taux de progression par rapport aux aides mutualisées (respectivement + 23 % et + 13 %).

Pour mémoire, peuvent bénéficier d'une aide individualisée (AVSi) les enfants et les jeunes qui ont besoin d'une « attention soutenue et continue ». L'attribution d'une AVSi n'est donc pas systématique. À partir du moment où l'élève n'a pas besoin d'un accompagnement à temps plein sur son temps scolaire, il est possible de mutualiser son accompagnement, c'est-à-dire qu'une même aide humaine s'occupe de plusieurs élèves en même temps : soit au sein d'une même classe, soit alternativement selon les besoins des élèves, en privilégiant la souplesse d'intervention et son adaptabilité tout au long de l'année scolaire.

Extrait du rapport d'évaluation de l'aide humaine pour les élèves en situation de handicap (rapport IAGS/IGEN/IGAENR de juillet 2018)

De 2004 à 2015, le nombre d'élèves scolarisés en situation de handicap est passé de 210.000 à 350.000 (+ 66 %). Or leur nombre est resté pratiquement stable en milieu spécialisé (77.100 en 2004 et 79.700 en 2015). En revanche, il a doublé en milieu ordinaire passant de 133.800 à 279.000 (+ 108 %).

La scolarisation des élèves en situation de handicap (en nombre d'élèves)



Source : DEPP - RERS 2017

Les raisons de cette augmentation sont multifactorielles. En revanche, on peut lister un certain nombre de facteurs, souvent cités dans de nombreux textes et commentaires :

- l'élargissement du champ de la définition du handicap à des publics nouveaux (les troubles spécifiques du langage (TSLA) notamment) ;
- la prise en considération renouvelée de troubles du comportement et de troubles de l'attention ;
- un meilleur repérage des troubles ;
- la progression de la poursuite d'études en milieu ordinaire dans le second degré ;

- une demande des enseignants, relayée par les équipes éducatives, à faire reconnaître les besoins des élèves à besoins éducatifs particuliers.

Le nombre d'élèves bénéficiant d'une prescription d'aide humaine est passé de 89.300 au 31 décembre 2012 à 146.500 au 31 décembre 2016, soit une augmentation de + 64 % sur ciq ans et une moyenne annuelle de + 13 %.

3. Les orientations médico-sociales

5.976 demandes d'orientation médico-sociale (OMS) ont été déposées en 2017, dont 3.568 pour des adultes et 2.408 pour des enfants. La part des usagers masculins concerne près de deux tiers des demandes.

1 / Orientations enfants

En 2017, la CDAPH a pris 2.460 décisions (dont 2.328 accords). Ces décisions concernent pour plus de 50 % des enfants âgés au plus de 10 ans. Les orientations en établissement représentent près des deux tiers des décisions, le tiers restant correspondant à des orientations en SESSAD. On observe que plus l'âge au dépôt est élevé, plus la proportion des orientations en établissement est importante : pour les 6-10 ans, elle est de plus de 50 %, contre 65 % pour les 11-15 ans.

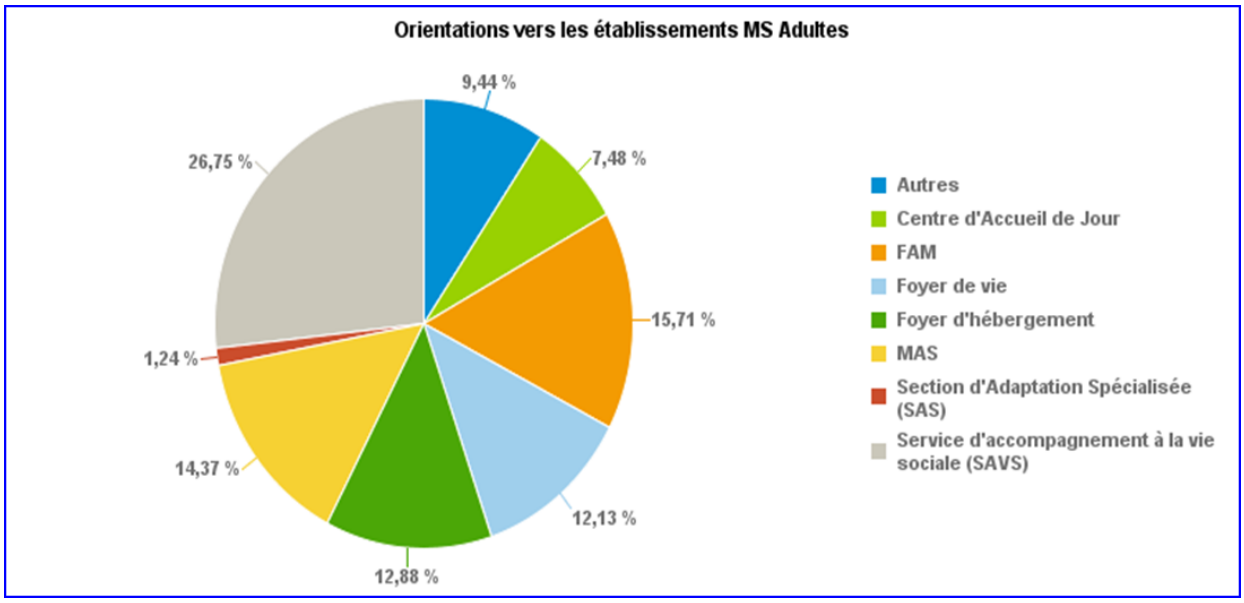
	Etablissement	SESSAD	Institut d'éducation sensorielle (auditive)	Institut d'éducation sensorielle (visuelle)	Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS)	Total Orientations	Part dans Total	Part des Orient. Etablissemt
0 à 5 ans	190	266	17	19	6	498	20%	38%
6 - 10 ans	422	328	24	27	5	807	33%	52%
11 - 15 ans	510	223	30	14	9	786	32%	65%
16 - 20 ans	269	69	12	7	4	361	15%	75%
+ de 21 ans	1	5	2			8	0%	13%
Total Orientations	1392	891	85	67	24	2 460		
Part dans Total	57%	36%	3%	3%	1%			
Part des 0-10 ans	44%	67%	48%	69%	46%	53%		

D'une façon générale, les décisions sur première demande représentent un tiers des décisions. Cette proportion est même plus faible pour les décisions d'orientation en établissement (25 %) que celle en SESSAD (45 %), ce qui renvoie à des parcours médico-sociaux probablement plus prolongés pour les enfants bénéficiaires d'une orientation en établissement.

	Etablissement	SESSAD	Institut d'éducation sensorielle (auditive)	Institut d'éducation sensorielle (visuelle)	Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS)	Total Orientations	Part dans Total	Part des Orient. Etablissemt
Première demande	349	403	25	24	4	805	33%	43%
Renouvellement	669	371	39	33	17	1130	46%	59%
Révision	371	115	21	10	3	520	21%	71%
Recours gracieux	3	2				5	0%	60%
Total Orientations	1392	891	85	67	24	2460		
Part dans Total	57%	36%	3%	3%	1%			
Part des premières demandes	25%	45%	29%	36%	17%	33%		

2 / orientations adultes

En 2017, la CDAPH a pris 3.645 décisions (dont 2.809 accords), dont 63 % concernent des établissements et 37 % des services. Pour ce qui concerne les orientations en établissement, les renouvellements ou révisions représentent 41 %. Pour 30 %, l'orientation concerne une structure médicalisée (FAM ou MAS).



3 / Enquête 2017 sur les personnes en attente de prise en charge médico-sociale sur le territoire parisien

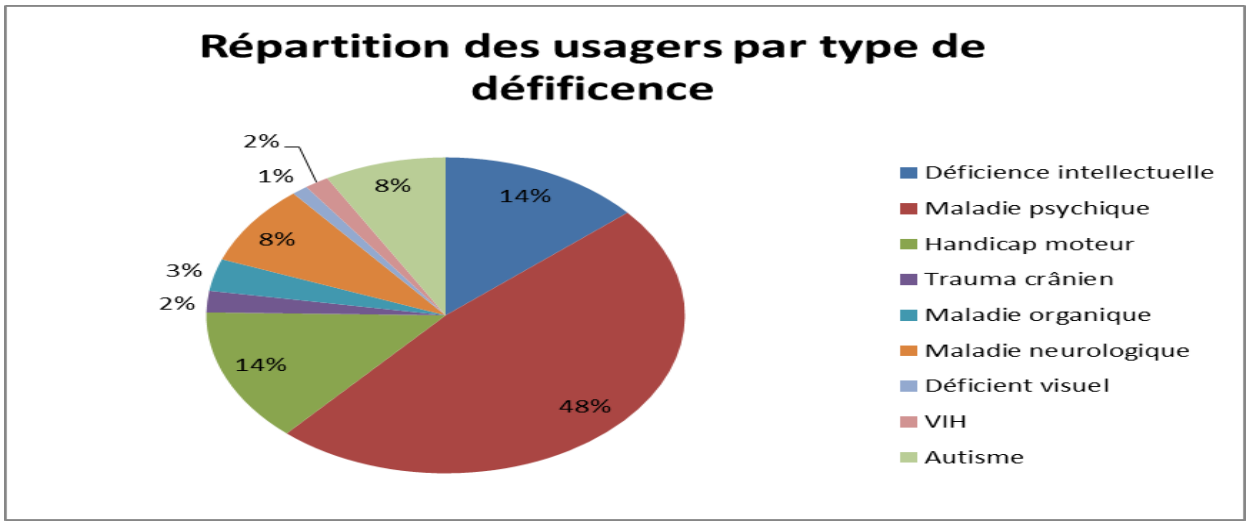
L'analyse des besoins des parisiens bénéficiaires d'une décision d'orientation médico-sociale doit permettre aux autorités en charge de la programmation médico-sociale de mieux cerner le nombre de places nécessitant d'être créées, mais également le type de structures répondant au profil des personnes sans solution.

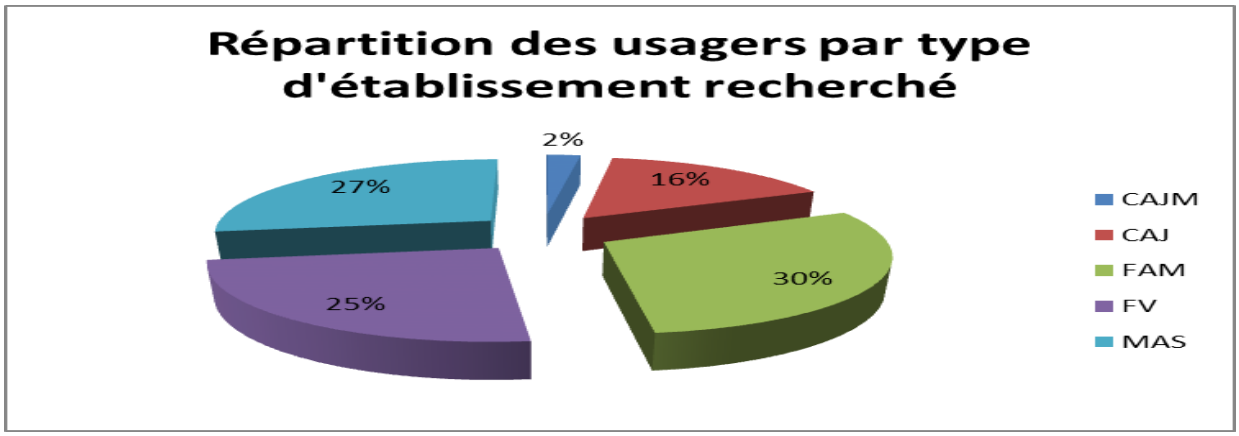
Des enquêtes ont ainsi été réalisées par la MDPH auprès des usagers en 2012, puis en 2015. Une enquête menée en 2017 a ciblé les bénéficiaires d'une décision d'orientation médico-sociale de la CDAPH (hors services médico-sociaux, ESAT, FH) en cours de validité au 1er janvier 2017 et dont la date de début de droit est arrêtée à l'année 2016.

- ***résultats synthétiques de l'enquête pour les adultes***

Sur un peu plus de 1.000 adultes ayant bénéficié d'une décision d'orientation vers un établissement médico-social (et répondant au périmètre de l'enquête), 152 étaient en recherche active au moment de l'enquête, 115 adultes avaient cessé leur recherche. Les autres bénéficiaires avaient trouvé une réponse à leurs besoins, toutefois 63 personnes considéraient leur prise en charge inadaptée malgré un accueil effectif dans un établissement.

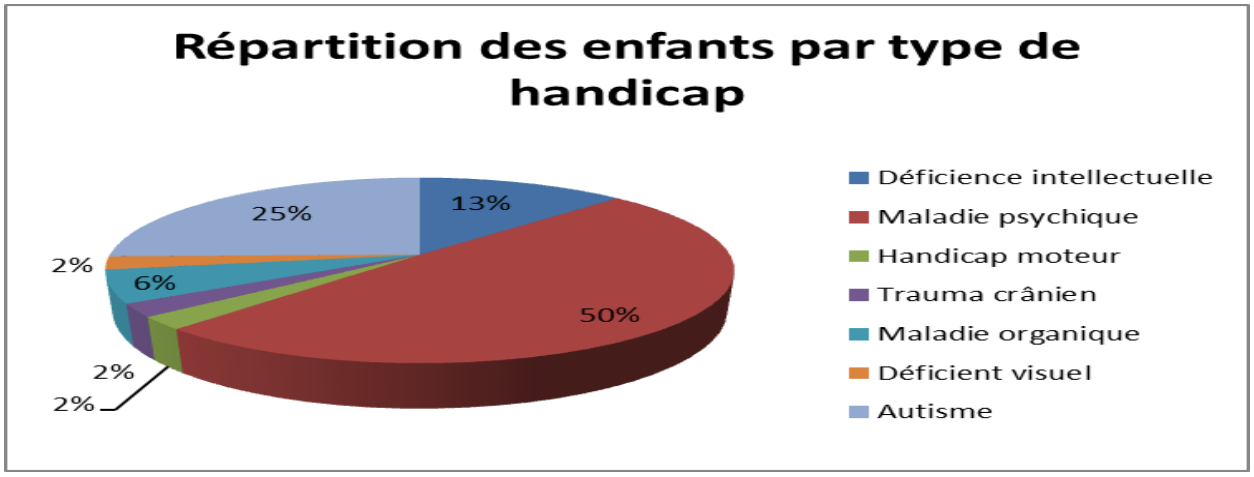
Parmi les personnes en recherche active, on peut noter les caractéristiques suivantes.

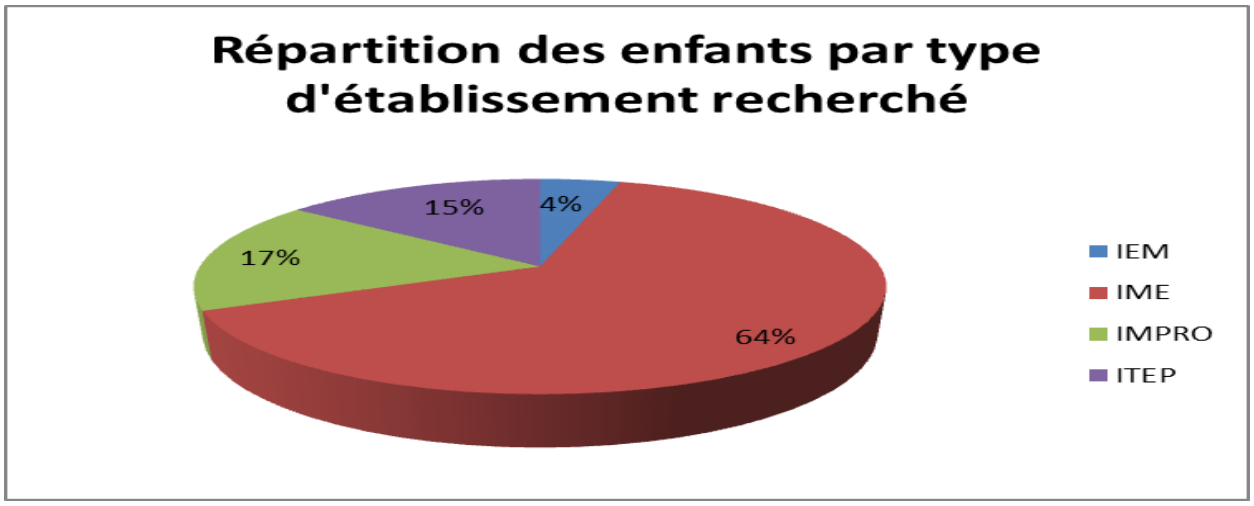




- ***résultats synthétiques de l'enquête pour les enfants***

Sur près de 750 enfants ayant bénéficié d'une décision d'orientation vers un établissement médico-social (et répondant au périmètre de l'enquête), 91 étaient en recherche active au moment de l'enquête, 11 familles avaient cessé leur recherche.





M. Nicolas NORDMAN a été nommé le 6 octobre 2017 adjoint à la Maire de Paris chargé de toutes les questions relatives aux personnes en situation de handicap et à l'accessibilité. Par arrêté du 13/11/2017, il a été nommé comme nouveau président de la MDPH.

I. Moyens mis en œuvre

Le budget de la MDPH inclut à la fois les moyens de fonctionnement du GIP et le budget du Fonds de compensation. Il ne retrace cependant pas tous les moyens du GIP, puisqu'une partie d'entre eux sont mis à disposition à titre gratuit :

- une cinquantaine d'ETP mis à disposition, par l'Etat et par le Département de Paris ;
- les locaux du 69 rue de la Victoire, dont le bail est acquitté par la Ville de Paris ;
- l'infrastructure informatique pour ce qui concerne le logiciel métier SIMPHONI – SOLIS et la GED, gérée par la DSTI de la Ville de Paris.

	GIP	Fonds de compensation
Section de fonctionnement	**Dépenses de fonctionnement du GIP**	**Dépenses d'intervention du FDC**
Section d'investissement	**Dépenses d'investissement du GIP**	
	Moyens mis à disposition du GIP gratuitement, notamment locaux et personnels mis à disposition	

1. Les effectifs

Depuis 2014, la COMEX approuve :

- d'une part un effectif budgétaire correspondant aux supports permanents autorisés, qu'ils soient contractuels du GIP ou mis à disposition à titre gratuit dans le cadre de la convention constitutive ;
- d'autre part un plafond d'effectif physique pour occuper ces supports permanents, uniquement pour l'effectif non médecin.

Tableau 1 : supports budgétaires en ETP (hors renfort temporaire et service civique volontaire)

	A	A - MCT	A - médecin	B	C	Total
DASES	1	1	1,5	11	6	**20,5**
DDCS	0	0	1	0	13	**14**
DIRECCTE	0	0	0	1	3	**4**
EN	5	0	1,5	1	5	**12,5**
GIP	20	0,4	10,7*	20*	48	**99,10**
Total	**26**	**1,4**	**14,7**	**33**	**75**	**150,10**

Au 31 décembre 2017, l'effectif total de la MDPH tous statuts et types de contrat confondus (y compris renfort et service civique volontaire) est de 167 agents. Ces 167 agents correspondent à 151.55 ETP.

Sur les 167 agents, 12 agents sont en contrat spécifique (Service civique, contrat aidé, cdd en renfort, remplacement congé maternité, mission spécifique…).

L'effectif propre au GIP au 31.12. 2017 s'établit à 112 agents, correspondant à 101.95 ETP ; 60% sont en contrat à durée indéterminée.

Dans le cadre de contrat dit « de réinsertion professionnelle » la MDPH bénéfice depuis 2015 de l'appui de 2 agents en contrat aidé par pôle. Ces postes connaissent un turnover important, avec 10 agents pour 6 supports sur l'année 2017. Un certain nombre d'entre eux parviennent avec succès à rejoindre l'effectif permanent à la faveur d'une vacance de poste.

Par ailleurs, la MDPH dispose d'une mise à disposition de la Ville de Paris de 4 agents en service civique sur la base de 24 heures par semaine (2 au PE et 2 au PAC).

Les caractéristiques des agents de la MDPH en quelques chiffres :

- l'effectif de la MDPH est très féminisé (82%) ;
- l'âge moyen global des agents de la MDPH est de 44 ans ;
- La catégorie C reste la plus représentée à la MDPH avec 82 agents soit environ 50% de l'effectif global, suit la catégorie A, avec 29,3% et la catégorie B avec 21% de l'effectif ;
- au 31 décembre 2017, la quasi-totalité des agents résident en ile de France, la majorité se concentrant à Paris (37,5%), suivi de la Seine Saint Denis (17,3%). Seuls deux agents résident hors de l'Ile de France.

Le nombre d'actions de formation a augmenté considérablement par rapport à 2016 avec le recours à des formations collectives et individuelles. Le nombre d'heures de formations suivies en 2017 a augmenté de 41%, soit 1671 heures (contre 1186 heures en 2016).

88 agents en 2017 ont été positionnés en arrêt pour maladie ordinaire et pour 242 arrêts (308 en 2016). Ils représentent un total de 1389,5 jours ouvrés (contre 1531 jours en 2016) non travaillés soit l'équivalent de 6,29 ETP (contre 6.95 ETP en 2016).

2. Budget du Groupement d'intérêt *public*

Pour le GIP, les dépenses totales de fonctionnement se sont élevées en 2016 à 6,03 M€ (contre 5,79 M€ en 2016) pour un budget global GIP - fonctionnement et investissement - de 6,10 M€ :

- c'est une augmentation limitée par rapport à l'exécution 2016 (+ 0,24 M€) ;
- le taux d'exécution du BP 2017 de la section de fonctionnement est de 92 %.

Pour 2017, les recettes de fonctionnement du GIP s'établissent à 6,93 K (contre 6,48 M€ en 2016), réparties de la façon suivante :

- 2,36 M€ de la part de l'Etat ;
- 3,52 M€ de la part du département (contre 2,95 M€ en 2016) ;
- 110 K€ de la part de l'ARS (au titre de la « réponse accompagnée pour tous ») ;
- 169 K€ de la part de la CNSA (au titre du « SI commun MDPH ») ;
- 685 K€ au titre de l'excédent reporté de 2016.

Concernant le résultat de la section de fonctionnement du GIP (hors Potentiel Emploi) s'établit à 899 K€, en augmentation de + 214 K€ par rapport à 2016.

- Ce résultat positif doit être analysé sous l'angle de particularités de l'année 2017 :
- recettes exceptionnelles « one-shot » (ARS, CNSA) de 280 K€ ;
- hors recettes exceptionnelles, le solde 2017 serait déficitaire à hauteur de – 65 K€ ;
- une sous-consommation importante des dépenses liées des reports/décalages de projets structurants.

RESULTATS 2017

FONCTIONNEMENT	Total Budget MDPH	Dont GIP	Dont FDC	Dont FIPHFP
Recettes	6 858 976.37	6 248 983.28	609 993.09	0.00
Dépenses	6 612 535.23	6 034 237.56	461 706.07	116 591.60
Résultat 2017	**246 441.14**	**214 745.72**	**148 287.02**	**-116 591.60**
Résultat 2016	**2 302 353.66**	685 096.03	1 465 787.37	151 470.26
Résultat cumulé 2017	**2 548 794.80**	**899 841.75**	**1 614 074.39**	**34 878.66**

INVESTISSEMENT	Total Budget MDPH	Dont GIP	Dont FDC	Dont FIPHFP
Recettes	130 912.62	130 912.62	S.O.	S.O.
Dépenses	70 536.61	70 536.61	S.O.	S.O.
Résultat 2017	**60 376.01**	**60 376.01**	S.O.	S.O.
Résultat 2016	541 801.11	541 801.11	S.O.	S.O.
Résultat cumulé 2017	**602 177.12**	**602 177.12**	S.O.	S.O.

	Total Budget MDPH	Dont GIP	Dont FDC	Dont FIPHFP
Résultat 2017	306 817.15	275 121.73	148 287.02	-116 591.60
Résultat cumulé 2017	3 150 971.92	1 502 018.87	1 614 074.39	34 878.66

Focus sur la situation financière des MDPH (extraits audition de l'ADMDPH / groupe de travail au Sénat)

- Les frais de personnels au sein des MDPH représentent en 2016 (source CNSA) : 160.4 M€ ; soit 76% des dépenses de fonctionnement. 65% des charges de personnel sont assumées par le GIP.

- Concernant les départs non remplacés par les agents de l'Etat mis à disposition, une compensation financière est versée afin de couvrir une partie des dépenses liées à des recrutements directs.

- ***Il faut préciser que cette compensation ne s'effectue pas sur la base des frais réels mais sur une base forfaitaire*** calculée à l'appui de l'annexe I de l'instruction DGCS/SD3C n°2011-132 du 8 avril 2011 relative aux MDPH.

  Cependant, cette valorisation présente en effet un caractère forfaitaire, fixé sur la base d'un tarif arrêté en 2006 (pour mémoire, les dotations versées aux établissements tiennent compte du GVT du personnel). Depuis il n'y a eu aucune indexation de cette dotation. Soit 30000 € pour un agent de catégorie C, 46 000 € pour un agent de catégorie B et 54 000 € pour un A.

- ***De plus il convient de rappeler le poids de la taxe sur les salaires pour les MDPH.***

  Contrairement aux collectivités locales et à leurs régies (CGI art.231-1), le GIP-MDPH employeur n'est pas exonéré des taxes sur les salaires. Il est soumis, en ce domaine, au même régime que les entreprises privées.

  Cette question de la taxe sur les salaires, n'a jamais été véritablement abordée originellement dans un contexte où prévalait l'hypothèse de la mise à disposition des fonctionnaires Etat et de quelques renforts de fonctionnaires territoriaux.

  Cette taxe, prend sa part dans les déficits de certaines MDPH. Le plus souvent, elle est financée par des réductions de postes ou, des salaires versés très en deçà des moyennes du marché du travail (tant public que privé).

  Contrairement aux associations et organismes sans but lucratif (OSBL), le GIP-MDPH employeur ne bénéficie pas du CITS assis sur tout ou partie des rémunérations versées au cours de l'année civile.

- ***De nombreuses MDPH ont aujourd'hui des situations financières fragiles. <u>Dans un rapport de décembre 2017, la CNSA constatait le nombre croissant de MDPH en situation déficitaire</u> : 58 MDPH sur 102 présentaient en 2016 un solde de fonctionnement déficitaire.***

II. Système d'information de la MDPH

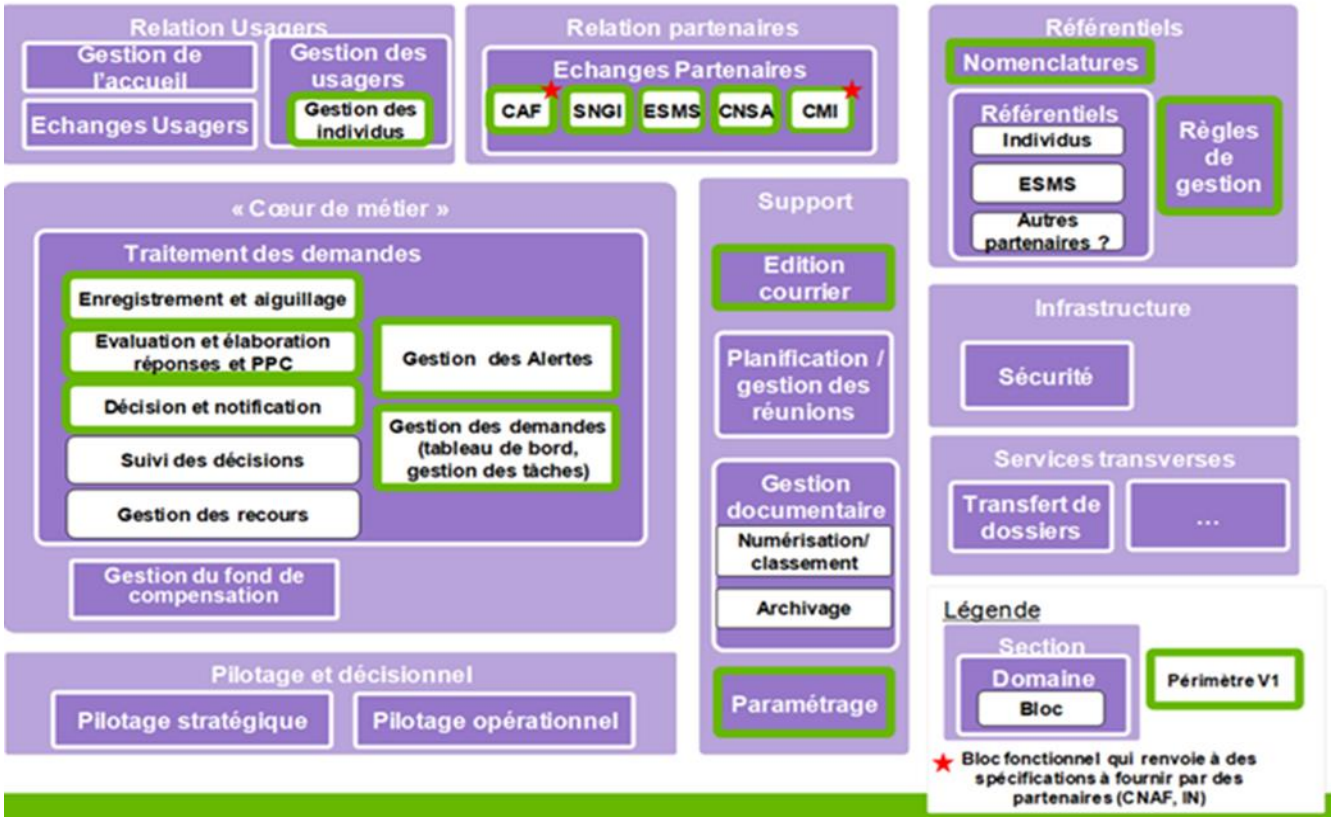
La MDPH dispose d'une cellule informatique composée d'une responsable, d'un technicien et de 2 correspondantes d'application. La gestion des applications et de la GED, notamment pour ce qui concerne l'infrastructure et la relations aux éditeurs, est assurée par la direction des systèmes d'information de la Ville de Paris. Cependant, la MDPH dispose d'une autonomie pour la conception des courriers issus de l'application, ainsi que pour la réalisation de requêtes dans l'infocentre BO.

L'année 2017 aura été particulièrement dense sur le plan informatique avec la préparation du « SI harmonisé » des MDPH ; la MDPH de Paris faisant partie des 7 MDPH pilotes participant à la conception de nouvel outil métier des MDPH.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement charge la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de concevoir et mettre en œuvre un système d'information (SI) harmonisé aux MDPH. Ce chantier doit répondre à plusieurs enjeux :

- renforcement de l'efficience du fonctionnement des MDPH (tâches davantage automatisées) et harmonisation des pratiques (transferts entre MDPH facilitées) ;
- adaptation du SI aux réformes récentes (nouveau formulaire IMPACT, « réponse accompagnée pour tous », carte mobilité inclusion…) ;
- renforcement du pilotage national de la CNSA par la collecte et de l'analyse des données produites par la MDPH (données sur les publics par exemple).

Cartographie CNSA des processus métiers et périmètre V1 du nouveau « SI harmonisé »



III. Partenariats

Une partie importante des relations de partenariat a consisté, comme les années précédentes, en des rencontres, réunions de présentation à l'attention de professionnels qui accompagnent des demandeurs, que ce soit dans le secteur sanitaire ou dans le secteur social. Il convient de signaler aussi la poursuite de la structuration des relations avec l'ASE, conformément au protocole de coopération signé en 2013 et une participation active aux réunions mensuelles consacrées à l'examen collégial des situations complexes en lien avec des troubles psychiques.

En 2017, la démarche partenariale a également été enrichie par la mise en place de la « réponse accompagnée pour tous » (RAPT), qui comprend quatre axes :

- la mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH (axe 1) ;
- au déploiement d'une réponse territorialisée (axe 2) ;
- la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs (axe 3) ;
- l'accompagnement au changement des pratiques (axe 4).

Cette politique implique en effet une dynamique de partenariat (Département, ARS, Académie, ESMS, secteur sanitaire…) importante pour obtenir des résultats concrets dans la durée.

Un protocole de fonctionnement du « dispositif d'orientation permanent » a été finalisé en 2017 entre la MDPH, l'ARS et la DASES. Ce document permet de :

- préciser les rôles de chaque acteur au sein des « groupes opérationnels de synthèse » chargés de l'élaboration des PAG (niveau 1/ niveau 2) ;
- et de lister des cas de dérogations réglementaires envisageables pour faciliter une prise en charge (dérogation d'âges, de spécialité de l'agrément, accueil en sureffectif…) dans le cadre d'un PAG.

La RAPT conduit par ailleurs à nouer des partenariats nouveaux avec des acteurs associatifs. Dans le cadre du développement des « pôles de compétences et de prestations externalisées » (PCPE), la MDPH a signé une convention avec la Fondation l'Elan Retrouvé[1] et l'ARS. La Fondation l'Elan Retrouvé portait un projet de PCPE avec l'association le Relais Ile-de-France pour les usagers souffrant de TSA et l'association OSE pour les usagers avec un polyhandicap ou un handicap rare.

Les prestations du PCE peuvent permettre de préparer en amont des projets de PAG (évaluation d'une situation à domicile ou dans une institution d'accueil) ou être partie intégrante d'un PAG dans un rôle de « coordonnateur PAG » (coordination concrète des intervenants du champ sanitaire et médico-sociale). La durée maximale de l'accompagnement est de 1 an renouvelable 6 mois.

[1] La Fondation gère 15 établissements sanitaires, 6 établissements médico-sociaux, 2 résidences accueil et une trentaine de logements associatifs.
Les prises en charges de la Fondation s'adressent aux troubles psychiques et troubles du comportement ; aux troubles liés aux addictions ; aux troubles de l'autisme, troubles envahissants du développement.

IV. Satisfaction des usagers

1. Le renouvellement du label QualiParis obtenu en juin 2017

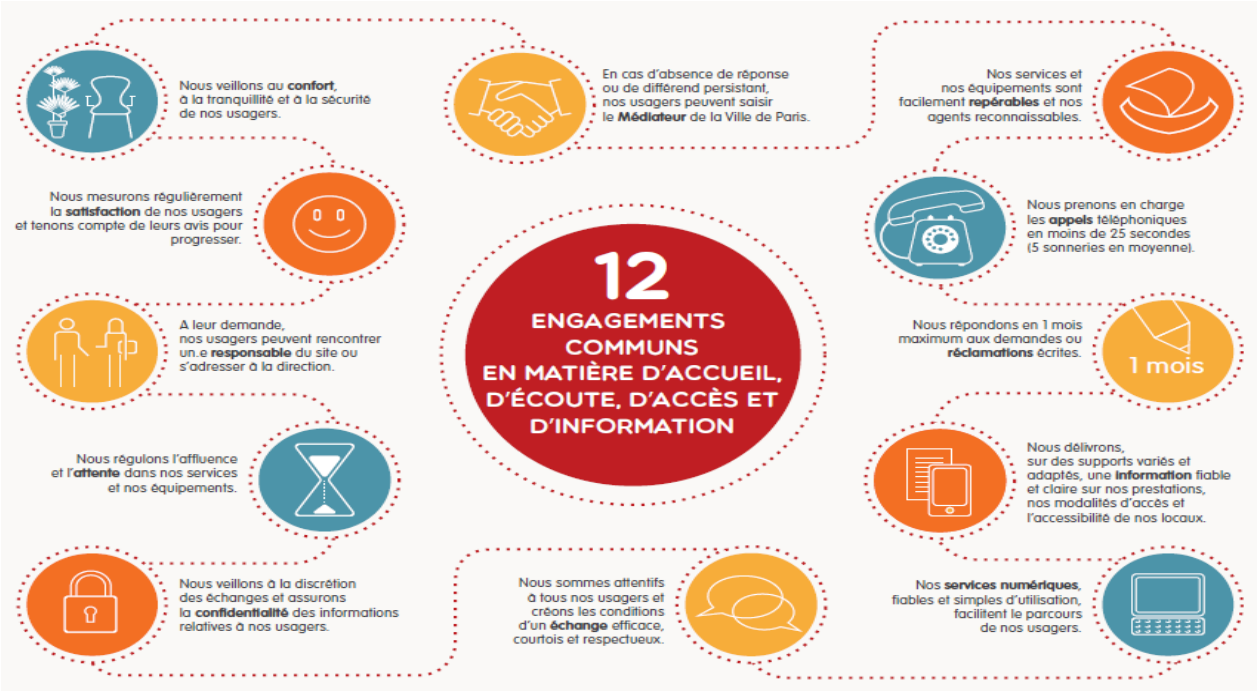
Plus de 600 établissements ou services de la Ville de Paris affichent le label QUALIPARIS, délivré par un organisme indépendant, qui témoigne de la qualité du service rendu. Pour l'obtenir, les structures doivent remplir certaines exigences et satisfaire à des contrôles réguliers.

C'est AFNOR Certification qui procède aux audits externes et attribue ou reconduit le label QualiParis, qui a été créé en 2008 :

- la labellisation initiale n'est pas une fin. Pendant les 4 années suivantes, le maintien de la qualité est vérifié annuellement par un audit (alternativement interne et externe) ;
- au bout de 4 ans, un audit externe confirme ou non la reconduction du label. La démarche ne constitue jamais un acquis.

La MDPH a ainsi souhaité s'engager dans ce processus depuis 2010 en élaborant une charte d'accueil puis en obtenant la labellisation en 2013. En juin 2017, un audit externe complet (sur une journée) a été mené et a conduit au renouvellement du label QualiParis grâce notamment à l'implication de référents qualité désignés dans chaque pôle.

Le point fort de cette démarche : un référentiel commun à tous les services publics parisiens (visant à homogénéiser le niveau des prestations offertes sur l'ensemble du territoire). Les conditions d'accueil du public constituent le cœur de cette démarche « qualité ».



2. Le lancement de la démarche « RMQS » de la CNSA

La CNSA a élaboré avec des représentants des MDPH et des associations un référentiel de missions et de qualité de service (RMQS). Dans le cadre des conventions 2016/2019 relatives aux relations entre la CNSA et les départements, ces derniers se sont engagés à renforcer la qualité de service des MDPH répondant aux objectifs de qualité-socle.

En 2017, il a été demandé aux MDPH de réaliser un autodiagnostic par rapport au RMQS. Ce référentiel, structuré en 7 missions et couvrant l'ensemble des activités des MDPH, s'appuie sur une démarche d'auto-évaluation sur 3 niveaux : « qualité-socle » (73 indicateurs/exigences), « qualité + » (28 indicateurs/exigences) et « qualité ++ » (10 indicateurs/exigences).

Mission 1	Information, communication et sensibilisation au handicap
Mission 2	Accueil, orientation et aide à la formulation du projet de vie, des attentes et besoins des usagers
Mission 3	Evaluation, élaboration des réponses et des PPC
Mission 4	Gestion du fonctionnement de la CDAPH et des décisions
Mission 5	Gestion des litiges
Mission 6	Accompagnement à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH et leur suivi
Mission 7	Management, pilotage et animation territoriale

L'auto-questionnaire réalisé en 2017 à la MDPH de Paris conduit à constater :

- un niveau élevé d'atteinte ou de réalisation des indicateurs/exigences pour le niveau de « qualité-socle » (en particulier, résultat de 80 % ou plus pour les missions 1 à 4, 92 % pour la mission 7) ;
- un niveau plutôt satisfaisant pour les niveaux « qualité + » et « qualité ++ » (avec des points forts sur les missions 1, 4 et 5) même si des axes d'amélioration peuvent être identifiés ;
- il existe une tension inévitable pour les MDPH de grande taille, entre les objectifs de personnalisation de la relation à l'usager d'une part et une organisation conçue pour traiter un nombre de dossiers très important, avec ce que cela nécessite en terme « d'industrialisation » des processus.

La démarche « qualité » promue par la CNSA apparaît donc complémentaire à celle de QualiParis :

- plus adaptée et exhaustive sur l'activité de la MDPH,
- elle repose uniquement à ce jour sur une logique d'audit/évaluation interne.

Conclusion – Projets et perspectives

2017 a de nouveau été pour la MDPH de Paris une année particulièrement intense sur le plan de l'activité. Elle a nécessité un effort très important de la part des équipes, qui ont dû s'adapter à la croissance toujours importe des demandes déposées, à des projets structurants qui ont modifié l'organisation de leur travail, à des exigences croissantes en termes de qualité globale et de suivi des situations complexes…

Ces défis, lourds et nombreux, ont été relevés, avec des résultats tangibles.

L'année 2018 doit tout d'abord permettre de consolider l'activité de manière globale et les acquis sur des chantiers plus spécifiques ; en amplifiant par exemple le travail sur les situations complexes dans le cadre de la généralisation des PAG, en mettant en place le nouveau dispositif de « l'emploi accompagné »...

Le maintien nécessaire des très bonnes performances, enregistrées ces dernières années, s'inscrit par ailleurs dans une situation financière de la MDPH moins favorable que dans le passé compte tenu de la diminution progressive des réserves du GIP. Par ailleurs les marges pour de nouveaux gains de productivité sont à présent limitées, en tout cas à court terme : tout nouvel accroissement significatif du nombre des demandes déposées, toute vacance de poste prolongée, est susceptible d'affecter les délais de traitement globaux.

La MDPH doit également développer son rôle à jouer dans l'amélioration de l'information et l'accès des usagers aux ressources disponibles, aux évènements organisés à Paris. Une meilleure accessibilité numérique passe notamment par la mise en place d'un site internet dédié au handicap et aux réponses apportées par la collectivité parisienne.

L'évolution du système d'information (SI) prend enfin place dans le cadre d'un projet d'harmonisation piloté par la CNSA. Pour Paris, les priorités concernent l'ergonomie et la performance globale de l'application métier, la mise en place d'un téléservice permettant de dématérialiser les démarches pour une partie des demandeurs. L'année 2018 sera particulièrement structurante pour l'activité de la MDPH au cours des prochaines années avec le développement et les tests du « palier 1 » du nouvel SI des MDPH, pour lequel Paris est précurseur et pilote.

Ces chantiers sont déjà largement engagés. La MDPH de Paris continuera à y prendre toute sa part, en lien étroit avec le Département de Paris et ses partenaires institutionnels et associatifs, dans l'objectif d'offrir une réponse toujours plus pertinente aux besoins et attentes des Parisiens en situation de handicap

Annexes

ANNEXE 1 - Bilan social 2017

ANNEXE 2 - Rapport d'activité du Fonds de compensation 2017

ANNEXE 3 - Rapport d'activité de la CDAPH 2017

ANNEXE 1

ANNEXE 2

ANNEXE 3